

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

229

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 15 mars 1898, à 1 heure

PAR

Gabriel-Paul COLOMBY

NÉ A MEYMAC (CORRÈZE), LE 22 SEPTEMBRE 1870

RECHERCHES

SUR

LA RÉTENTION DU PLACENTA

DANS

L'AVORTEMENT

EXPOSÉ — TRAITEMENT

PRÉSIDENT : **M. Paul BERGER**, professeur.

JUGES. { **MM. JACCOUD**, professeur.
ALBARRAN et **LETULLE**, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

229

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 15 mars 1898, à 1 heure

PAR

Gabriel-Paul COLOMBY

NÉ A MEYMAC (CORRÈZE), LE 22 SEPTEMBRE 1870

RECHERCHES

SUR

LA RÉTENTION DU PLACENTA

DANS

L'AVORTEMENT

EXPOSÉ — TRAITEMENT



PRÉSIDENT : **M. Paul BERGER**, professeur.

JUGES. . { **MM. JACCOUD**, professeur.
ALBARRAN et **LETULLE**, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.
		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.		RAYMOND.
		{ BERGER.
Clinique chirurgicale.		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		{ N.
		{ PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

S. TARNIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

HOMMAGE DE PROFOND RESPECT

Nous prions M. le P^r P. Berger qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse de recevoir ici l'expression de tous nos remerciements et de nos hommages les plus respectueux.

HOMMAGE DE L'AUTEUR

Nous sommes heureux, à la fin de nos études médicales, de rendre ici un profond hommage à nos parents bien-aimés, notre père et notre mère, dont la vie a été pleine d'abnégation et de sacrifices pour leur enfant. Nous les prions d'accepter ce modeste travail que nous leur dédions de tout notre cœur en leur envoyant l'assurance que nous ferons tous nos efforts, dans la nouvelle existence qui commence pour nous, pour suivre toujours le chemin droit et honnête qu'ils nous ont tracé par leurs conseils et par leur exemple : leur bonheur sera notre récompense.

PAUL COLOMBY.

Paris, février 1898.

PRÉFACE

En parcourant la littérature obstétricale contemporaine, notre attention a été attirée bien des fois par l'intéressante question de la rétention du placenta dans l'avortement. Depuis Hippocrate, les accoucheurs, tour à tour, se sont préoccupés des dangers que faisait courir à la femme un placenta retenu dans la cavité utérine, et des accidents plus ou moins lointains qui pouvaient en être la conséquence. Aussi, ont-ils cherché les moyens les plus pratiques à employer pour soustraire les malades à ces accidents et les mettre à l'abri de toute éventualité malheureuse. Cette question de la Rétention a été des plus controversées. Les opinions les plus diverses ont été émises à ce sujet et on a vu la science obstétricale, tournant en quelque sorte dans un cercle vicieux, revenir aux théories des anciens pour les quitter de nouveau et les reprendre ensuite.

De nos jours, cette incertitude d'opinions et d'idées règne encore et l'occasion nous a paru propice d'exposer ici à notre tour les résultats des dernières observations des auteurs contemporains, de façon à mettre, en quelque sorte, cette question au point et apporter à cette intéressante étude notre modeste part de travail et de raisonnement.

Toutes les méthodes, toutes les opinions, on le verra, peuvent se résumer en deux mots : attendre ou intervenir. Les uns ayant observé que le placenta retenu peut rester longtemps dans la cavité utérine sans occasionner d'accidents et pensant avec Mauriceau que « le danger est moins grand de commettre l'expulsion du délivre à la nature que de faire trop de violence pour le tirer », ont préconisé une thérapeutique d'attente aidée de la plus rigoureuse antisepsie : l'expectation armée : attendre la sortie spontanée du délivre en l'absence d'accidents et intervenir (on sera toujours à temps) s'il survient quelque complication.

Pour les autres, le placenta abortif emprisonné dans la cavité utérine est une menace continue pour la femme ; ce placenta, en effet, ne restera pas longtemps inoffensif et ne tardera pas à manifester sa présence par de nombreux accidents et des plus graves, peut-être : on sera obligé alors d'avoir recours à l'évacuation de l'utérus. Puisque cette nécessité de l'évacuation peut s'imposer d'un moment à l'autre, pourquoi ne pas la prévenir au moment favorable sans attendre que la santé de la malade soit comprise.

D'autres enfin empruntant à ces deux méthodes ce qu'elles ont de meilleur ont institué une thérapeutique mixte, éclectique : *nous sommes entièrement de leur avis* car nous trouvons cette conduite plus raisonnée et plus sage. L'avortement, en effet, dans ses divers modes et ses diverses manifestations est si varié, a des symptômes si différents suivant les cas qu'il serait souvent inutile et peut-être même imprudent de lui appliquer toujours la même thérapeutique. Et nous ne partageons pas du tout l'idée des

médecins systématiques qui dans les circonstances les plus variées et les plus dissemblables qui se présentent à eux emploient une méthode et un procédé toujours les mêmes. Ils ne tiennent pas compte de cette idée importante qu'une médication qui réussit dans certains cas, chez certains individus peut échouer complètement chez d'autres et leur être même nuisible : ils oublient par conséquent ce grand principe qui domine la médecine : *il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades.*

Ce travail n'a pas été inspiré par aucune école, par aucun maître en particulier, mais par tous, par toutes les idées et les diverses théories anciennes et modernes qui sont à l'ordre du jour dans la science obstétricale contemporaine, et si nous avons pu, au milieu de ces opinions et méthodes les plus variées, mettre un peu de lumière, apporter quelques conseils vraiment pratiques et utiles, nous serons satisfaits.

Notre étude comprendra deux points principaux : tout d'abord l'exposé de la rétention placentaire dans l'avortement, ses causes, son mécanisme, ses modes et ses conséquences ; en second lieu son traitement avec l'exposé des différentes opinions des auteurs les plus autorisés et l'analyse de leurs théories et de leurs méthodes dont nous ferons la discussion et la critique. Nous pourrons ainsi choisir, au milieu de toutes ces idées, ce qu'il y aura de meilleur au point de vue pratique et retirer de cette étude impartiale et raisonnée des considérations instructives et de sages enseignements.

PAUL COLOMBY.

Paris, février 1898.

AVANT-PROPOS

Un grand nombre d'auteurs ont traité cette importante question de la rétention du placenta dans l'avortement, aussi, pour cette étude, les documents ne nous ont pas manqué. Nous avons analysé différents ouvrages, de nombreux écrits, fait un très grand nombre de lectures et nous avons été souvent embarrassé pour dégager de ces innombrables méthodes et théories des idées neuves et originales, un plan nouveau. Nous avons consulté avec intérêt les nombreuses thèses parues ces dernières années, les différents ouvrages et travaux ayant trait à la rétention placentaire et c'est pour nous un devoir de citer entre autres celles de MM. Challier (1866), Ebstein (1872), Albert (1878), Gruson (1879), Rambaud (1883), Genesteix (1886), Gerbaud (1886), Audebert (1890), Bourgogne (1891), Vibert (1891), Goret (1894), Lucas (1896), De Coste (1896), Chaleix-Vivie et Audebert (1896), les différents traités d'Obstétrique, Tarnier, Ribemont, Budin, etc., les publications périodiques obstétricales et gynécologiques les plus variées et les plus récentes, etc., etc. Nous avons pris dans ces ouvrages non seulement des

idées mais souvent des descriptions, des plans, parfois même des citations et nous avons eu soin, toutes les fois que nous l'avons fait, d'indiquer par des notes au bas des pages les sources auxquelles nous étions allé puiser.

Nous remercions tous ces auteurs qui nous ont permis de faire quelques recherches sur cette intéressante question de l'avortement, et nous regrettons que le volume restreint de ce travail nous ait empêché de la développer comme nous l'aurions désiré; nous reviendrons bientôt sur cette question et nous pourrons peut-être la traiter alors avec plus de science et d'autorité.

CHAPITRE PREMIER

DE L'AVORTEMENT

Étiologie. — Modes. — Mécanisme. — Conséquences.

SOMMAIRE : Comment se produit l'avortement. — Ses causes. — Son mécanisme. — Conditions qui le favorisent. — Modes divers de la fausse couche. — Leurs caractères spéciaux aux différentes époques de la grossesse. — Divisions classiques. — Fausse couche des premières semaines. — Quelles en sont les causes et la marche habituelle ? — Ses symptômes, sa durée. — Avortement ayant lieu à une époque plus avancée — L'expulsion ne se fait pas de même. — Mécanisme. — Causes. — État de l'utérus, du col. — Rapports. — Différence de volume du placenta et du fœtus. — Tableau de Hecker. — Résultat : lenteur du travail, rétention avec ses accidents consécutifs. — Que va devenir le placenta ? — Désordres et dangers qu'il va occasionner par sa présence. — Conclusions.

Pour bien comprendre combien sont faciles et fréquentes les rétentions placentaires après la fausse couche, il nous est utile d'examiner d'abord quelles en sont la marche et le mécanisme et d'étudier avec soin les différentes conditions anatomiques de l'utérus aux premiers mois de la gestation.

L'avortement, en effet, se présente à nous dans ses différents modes avec des symptômes très variés et une physiologie toute spéciale suivant les conditions et les époques auxquelles il se produit. Aussi les auteurs classiques ont-ils divisé l'avortement dans ses diverses modalités en avortement ovulaire, embryonnaire et fœtal. Ce sont là,

croyons-nous, de simples vues de l'esprit sans aucune réelle importance pratique.

Au commencement de la grossesse, dès les premiers jours, l'avortement se fait en général en un seul temps, *en bloc*, et l'œuf est expulsé immédiatement, en entier, quelquefois même sans que la femme ait le temps de s'en apercevoir. Dans d'autres cas, au contraire, sous l'influence de diverses causes, telles que : faiblesse des contractions utérines, adhérences du placenta, etc., l'avortement, au lieu de se faire en bloc, met plusieurs jours à se produire, se fait lentement. Examinons comment se passent les choses dans ces deux cas.

Aux premières semaines de la grossesse, les liens qui retiennent l'œuf à l'utérus sont bien fragiles, les adhérences bien faibles et partout bien faciles à briser et à rompre. Si donc, sous une influence quelconque, un épanchement de sang se produit dans la cavité utérine, l'utérus se contracte alors, bien faiblement peut-être, mais suffisamment pour détruire ses rapports avec l'œuf et le décoller de la paroi. Si ce décollement est suffisant l'orifice du col s'entr'ouvre et l'œuf, qui a un petit volume, s'y engage peu à peu et disparaît au milieu de caillots et de sang. Remarquons que tout cela peut passer inaperçu : la femme expulse un petit sac membraneux au milieu duquel on peut trouver, en examinant avec attention, tous les vestiges de l'œuf ; la malade constate d'abord *un retard* de ses règles, puis un retour plus douloureux et plus abondant que d'habitude, accompagné de nombreux caillots ; tout rentre ensuite dans l'ordre, et la grossesse commençante se termine ainsi par un avortement, à l'insu de tous :

Il est utile de remarquer ici, en passant, un fait qui a un certain intérêt au point de vue médico-légal : dans cet avortement des premières semaines, l'écoulement de sang, l'hémorragie qui se produit dans l'utérus est parfois assez forte pour rompre les membranes que l'on retrouve ensuite déchirées en examinant attentivement l'œuf expulsé : ce qui a pu faire souvent croire à un avortement criminel, comme l'ont prétendu MM. Gallard (1) et Leblond (2).

Dans certains cas, l'expulsion de l'œuf n'est pas aussi rapide que nous venons de le dire et l'avortement met plus longtemps à se produire. Cette lenteur tient à ce que la contraction utérine précède ici l'hémorragie : l'œuf au lieu de se décoller brusquement se détache petit à petit, et par conséquent son expulsion se fait peu à peu, lentement.

En examinant une femme placée dans ces conditions, nous sentons, au toucher, un col ramolli, perméable au doigt, et la cavité pleine de caillots. Tarnier a comparé ce col à une toupie dont on aurait arraché le clou. L'utérus est augmenté de volume, ce que l'on sent très facilement en combinant le palper et le toucher. De plus il est abaissé, ce qui détermine une légère tension des culs-de-sac du vagin.

Si l'on suit alors avec attention les progrès et la marche de l'avortement, on constate que le col ne s'efface pas comme dans l'accouchement à terme, mais s'entr'ouvre

(1) GALLARD, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XLVIII, p. 585. — 1877.

(2) LEBLOND, *Ann. de gynéc.*, t. IV, p. 35, 1875, et *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1877.

légèrement, et que l'embryon, grâce à son faible volume, le franchit facilement et s'échappe au dehors au milieu de caillots de sang.

Tout n'est cependant pas terminé; le col qui vient de s'entr'ouvrir pour le passage de l'embryon se referme aussitôt et emprisonne derrière lui tout ce qui reste de l'œuf chorion, amnios et caduque qui ne seront expulsés que par de nouvelles contractions utérines, un nouveau travail qui pourra se prolonger un certain temps et exposer la malade aux plus sérieux accidents.

Nous arrivons maintenant à à *une époque plus avancée de la grossesse* où les symptômes et les modes de l'avortement présentent des caractères tout à fait spéciaux qui attireront particulièrement notre attention, car nous allons voir que c'est à ce moment-là que l'on rencontre le plus souvent les rétentions placentaires.

A ce moment de la grossesse (du 3^e au 6^e mois environ), contrairement à ce que nous avons vu dans les cas précédents, l'expulsion se fait en général *en deux temps*, c'est la règle, et si l'avortement se produit en bloc, ce n'est que par exception, et dans des cas spéciaux, comme par exemple, dans le cas de fœtus mort et macéré.

Lorsque le travail est commencé, le col s'entr'ouvre comme précédemment, la poche des eaux se rompt et le fœtus poussé par les contractions de l'utérus et le sang qui s'accumule au-dessus de lui franchit facilement, grâce à sa mollesse, le canal cervical et arrive au dehors. A leur tour, sortent placenta et membranes et tous ces phénomènes sont accomplis dans un temps généralement assez court (de 15 minutes à 1 heure ou 2 environ). Il n'en

est cependant pas toujours ainsi, et dans certains cas, le deuxième temps de l'avortement peut avoir lieu d'une façon beaucoup plus lente et parfois même ne pas se produire du tout. Le col, en effet, aussitôt après la sortie du fœtus revient sur lui-même, se referme, emprisonnant derrière lui placenta et membranes qui pourront séjourner dans la cavité utérine pendant des jours, des mois et même davantage jusqu'à ce que de nouvelles contractions utérines se produisent et soient assez fortes pour les expulser : c'est là ce que l'on appelle la rétention.

Comment et par quel mécanisme se produit cette rétention ? Pour bien la comprendre, il faut se rendre compte de la disproportion qui existe à ce moment-là entre le fœtus et ses annexes. Le placenta, en effet, à cette époque de la grossesse, est déjà constitué, son volume considérable relativement à celui du fœtus, et nous savons que ce n'est en général qu'à partir du cinquième mois que le volume du fœtus lui devient supérieur. Hecker nous l'a montré dans des tableaux sur l'accroissement comparatif du fœtus et de ses annexes.

D'après lui le poids moyen

(1) <i>du fœtus</i>	(= 11 gr., au 3 ^e mois.	(2) <i>du placenta</i>	(= 36 grammes.
	(= 55 gr., au 4 ^e —		(= 80 —
	(= 273 gr., au 5 ^e —		(= 178 —

Nous voyons ainsi que jusqu'au cinquième mois le poids du placenta est supérieur à celui du fœtus. A partir de ce moment les mêmes rapports n'existent plus et c'est le poids du fœtus qui devient le plus considérable.

Si donc, pendant l'avortement, le col s'est dilaté au-

tant qu'il était nécessaire pour livrer passage à un fœtus d'un certain volume, cette dilatation ne sera plus suffisante pour le passage d'un placenta plus volumineux ; le col reviendra donc sur lui-même, se refermera et d'autant plus vite qu'il aura moins été distendu par le produit de la conception. Ce n'est cependant pas tout.

Du côté de l'utérus la structure musculaire certainement plus accentuée et moins rudimentaire qu'aux premières semaines de la grossesse, n'est cependant pas encore assez complète, sa contractilité n'est pas aussi puissante qu'à la fin ; aussi ses contractions prématurées et faibles, certainement assez énergiques pour briser l'œuf ne sont pas suffisantes pour lutter contre les adhérences du placenta à la paroi utérine et la rigidité du col. Le col, nous le savons, n'a pas encore à cette époque subi les modifications et le ramollissement que l'on constate à terme : il offre donc à une plus grande dureté et partant résiste davantage à la sortie du placenta. C'est de cette lutte inégale que résulte la lenteur du travail et la rétention dans l'avortement.

Sous l'influence des contractions douloureuses et répétées de l'utérus, la poche des eaux pressée de toutes parts, se rompt, le liquide amniotique s'écoule, le cordon encore bien frêle se déchire facilement et le fœtus est expulsé au dehors, laissant membranes et placenta dans la cavité utérine. Que va devenir ce placenta ?

Les phénomènes qui peuvent maintenant se produire vont dépendre des rapports plus ou moins intimes de ce placenta avec la paroi utérine.

S'il est déjà décollé, ses adhérences avec l'utérus sont

rompues. S'il est tombé dans le segment inférieur, le placenta peut s'engager à travers le col, réveiller par son contact l'inertie de l'utérus et susciter des contractions qui finissent par l'expulser au dehors. Mais ce décollement, au moment de la fausse couche n'existe pas toujours, aussi le col n'ayant pas, pour exciter l'utérus, le contact du placenta, revient sur lui-même, se referme et emprisonne le délivre : un nouveau travail, de nouvelles contractions seront alors nécessaires pour produire le décollement, vaincre la résistance du col et expulser le tout au dehors. Nous ne devons pas oublier que c'est pendant ces contractions, pendant ce travail, que se produisent les graves accidents de l'hémorragie, accidents d'autant plus fréquents, intenses et dangereux, que les adhérences du placenta et de la paroi sont plus nombreuses et plus puissantes. Sous l'influence des contractions ces liens se briseront peu à peu jusqu'à ce que le délivre soit complètement détaché et ce décollement mettra plus ou moins longtemps à se produire : sa durée et sa gravité dépendront, comme nous venons de le voir, des différents rapports et des diverses connexions de l'utérus et du placenta; de là aussi naîtront les accidents plus ou moins immédiats ou lointains de la rétention placentaire.

En résumé, nous venons de voir que parmi les causes qui produisent la lenteur démesurée du travail, les plus fréquentes sont : la faiblesse des contractions utérines, les adhérences nombreuses de l'œuf à l'utérus, la dureté du col non encore suffisamment ramolli, la disproportion relative de volume du fœtus et du délivre, etc., tout autant de raisons qui entraîneront après elle non seulement la

longueur du travail mais encore la rétention placentaire avec tous ces accidents consécutifs.

Il ne faut pas croire que ce placenta emprisonné dans la cavité utérine reste toujours un hôte inoffensif : il ne tardera pas, bien souvent, à signaler sa présence prolongée par des désordres plus ou moins graves tels que l'hémorragie et la septicémie, et fera ainsi courir à la malade les plus sérieux dangers. Aussi l'éventualité de pareils accidents va nous faire chercher tous les moyens les plus rationnels et les plus fidèles pour les prévenir et les éviter : nous avons étudié les causes, il nous sera donc facile de prévoir les effets.

OBSERVATION

Travail abortif intermittent. — Lenteur exagérée de la délivrance. — Œuf entier, inhabité et configuré comme un bouchon de champagne.

Le 1^{er} décembre 1862, mon confrère le Dr X... me pria de lui donner un conseil sur l'état de son épouse, alors enceinte d'environ deux mois, et en travail de fausse couche depuis deux jours. Le repos horizontal et les lavements laudanisés étaient restés impuissants à arrêter, d'une façon durable, les contractions utérines et l'écoulement sanguin qui, dès le début, s'étaient manifestés en même temps.

Au toucher, je trouvai la matrice couchée presque horizontalement en latéroversion droite : le col, encore fermé, était, en raison de son déplacement, très difficilement accessible ; du sang s'écoulait en faible quantité du vagin, et le rectum était rempli de matières dures et inégales. Malgré son tempérament nerveux prononcé, M^{me} X... conservait un état général très satisfaisant.

De telles conditions ne rendant pas la fausse couche inévitable, nous cherchâmes à la conjurer. Nous fîmes administrer

d'abord un lavement laxatif; puis, après une abondante évacuation, plusieurs petits lavements fortement laudanisés. Le décubitus horizontal fut scrupuleusement gardé, etc. Malgré tout le travail continua. Le lendemain, 2 décembre, l'utérus s'était rapproché de sa situation normale; le col, devenu plus accessible, était revenu vers l'axe du vagin et commençait à s'entr'ouvrir; l'écoulement sanguin persistait comme les jours précédents, c'est-à-dire assez faible pour ne pas nous inspirer d'inquiétude immédiate. Mais ce qui surtout frappa vivement notre attention, c'est que, à partir de ce jour (le quatrième depuis le début des accidents), le travail offrit un caractère extrêmement remarquable d'intermittence quotidienne. Chaque soir, vers 2 heures 1/2, les contractions utérines surviennent avec une grande énergie, déterminent des douleurs atroces, déchirantes, dans les reins, le bas-ventre, les aines et les cuisses. Puis, vers 5 heures, c'est-à-dire après une durée de deux à trois heures, pendant lesquelles la matrice s'était contractée d'une façon non continue (avec des repos ordinaires de dix à quinze minutes), tout phénomène de travail cessait: les douleurs, l'agitation, l'écoulement sanguin, se suspendaient pour ne reparaitre que le lendemain vers 2 heures du soir. Pendant ce long intervalle, la patiente reprenait sa gaieté habituelle; elle conversait, mangeait et dormait presque comme en temps ordinaire.

Les mêmes intermittences se reproduisirent chaque jour, aussi longues et aussi accentuées, jusqu'au 6 décembre, où, vers 4 heures du soir, dans une crise violente de travail, le produit de conception fut expulsé en entier, après quelques douleurs plus atroces encore que les précédentes. Depuis trois jours, l'œuf était devenu perceptible au doigt dans la cavité du col utérin. Toutefois, la veille même de la délivrance, j'en avais tenté vainement l'extraction au moyen de la pince à faux germe.

La masse recueillie était un œuf déformé, enveloppé de caillots fibrineux et dépourvu de tout vestige d'embryon. Il était composé d'un placenta et de membranes contenant un liquide clair. Le tout (œuf et caillots condensés à sa surface)

était exactement configuré comme un bouchon de vin de champagne. Je ne remarquai pas de fragments membraneux qui pussent être nettement considérés comme étant des débris de caduque pariétale. Néanmoins, à partir de ce moment, tous les accidents de la fausse couche cessèrent, et les suites en eussent été très naturelles sans l'invasion, dix à douze jours plus tard, d'une névralgie horrible qui résista, pendant plusieurs mois, aux traitements les plus variés.

Quinze jours environ après le début de sa grossesse, M^{me} X... avait déjà éprouvé quelques accidents (perte sanguine légère, douleurs lombaires, etc.), qui s'étaient heureusement dissipés pour ne reparaitre, avec plus de violence, que huit semaines plus tard. C'est à cette première atteinte qu'il convient sans doute de rapporter la mort de l'embryon et sa dissolution consécutive dans le liquide amniotique. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXIII (1867), *observation du Dr Gueniot tirée de la thèse de Gerbaud*).

OBSERVATION

**Avortement. — Rétention du placenta pendant 57 jours. —
Expulsion spontanée.**

Une jeune femme fait une fausse couche le 1^{er} janvier 1890 et expulse à la clinique de la rue d'Assas un fœtus du poids de 430 grammes. La délivrance ne s'étant pas effectuée dans les six heures qui suivirent l'avortement nous nous contentâmes de traiter cette femme pour sa rétention du placenta en lui ordonnant des injections vaginales fréquentes au permanganate de potasse suivies chacune d'un pansement vaginal et vulvaire à la gaze iodoformée. Au bout de quelque temps, rien de nouveau ne s'était produit. Il n'y avait ni hémorragies, ni écoulement vaginal odorant, ce qui me surprit beaucoup, à tel point que je doutai presque de la réalité de la rétention. Je n'étais même pas éloigné de croire que le placenta avait peut-être été expulsé à notre insu. Toutefois l'utérus

restait gros. Les choses restèrent donc en l'état jusqu'au 1^{er} février, époque à laquelle la malade demanda à quitter la clinique. Elle ne voulut rien entendre de nos recommandations et s'en alla. Nous lui dîmes alors qu'elle aurait bientôt des hémorragies et qu'il lui faudrait rentrer à la clinique à ce moment. Nos prévisions ne tardèrent pas à se réaliser. Une hémorragie peu importante se produisit le 25 février ; mais le lendemain l'hémorragie devint considérable et la malade rentra à la clinique où on trouva son placenta dans le vagin. Il y avait 57 jours que le fœtus avait été expulsé.

Le placenta n'offrait aucun signe de putréfaction. Il était pâle, décoloré, formant une masse arrondie du volume du poing et ressemblant d'une manière frappante à une cervelle de mouton.

Ce fait nous démontre l'excellence de la méthode d'expectation que je préconise, puisque le placenta a pu séjourner pendant 57 jours dans la cavité utérine sans se putréfier grâce aux précautions antiseptiques que nous avons prises.

Je suis donc pleinement autorisé à vous conseiller d'agir comme j'ai fait. Vous éviterez de cette façon la septicémie, comme nous l'évitons dans tous les avortements que nous avons eu l'occasion de soigner à la clinique. (*Communiquée par le D^r Potocki, extraite d'une leçon inédite de M. le P^r Tarnier. In thèse de Bourgogne*).

OBSERVATION

Expulsion en bloc de l'œuf dans un avortement de 4 mois 1/2.

Louise P..., 23 ans, domestique, née à Précy, dans l'Oise, entre le 14 novembre 1890 à la maison d'accouchements Baudelocque.

Le père, âgé de 60 ans, est en bonne santé,

La mère est morte à 45 ans, ataxique.

A toujours bien marché.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans.

Enceinte une première fois en 1888 elle accoucha à terme spontanément d'un enfant vivant.

Autre père pour la seconde grossesse.

Dernières règles le 18 juin 1890.

Apparition des mouvements actifs le 8 novembre 1890.

Au commencement de novembre cette femme a perdu un peu de sang.

Le 12 novembre, l'hémorragie est plus abondante et quand la femme vient nous demander assistance le 14, sa chemise est tachée de sang. Depuis deux jours elle ressent des douleurs fréquentes.

A 3 heures du soir on lui fait une piqûre de morphine. Sous l'influence de la morphine les douleurs et l'hémorragie diminuent d'intensité jusqu'au 15 novembre.

A 1 heure après-midi le 15 novembre les douleurs et l'hémorragie reparaissent.

A 5 heures, expulsion en bloc de l'œuf qui pèse 850 grammes.

La tête de l'enfant s'est présentée la première à la vulve.

L'enfant a fait quelques mouvements après l'expulsion.

Il y avait un circulaire du cordon. Ce cordon a présenté des battements pendant quelques minutes.

Après l'expulsion l'utérus s'est bien rétracté et la malade n'a plus perdu que quelques grammes de sang.

Injectons vaginales. Pansement à la vulve. Suite de couches normales. (*Tirée de la Thèse de H. Bourgogne, 1891*).

CHAPITRE II

DE LA RÉTENTION

Modes. — Évolution. — Accidents.

SOMMAIRE : Différents modes de rétention. — Phénomènes et complications qui les accompagnent. *Placenta retenu sans adhérences*. — Faiblesse musculaire et résistance du col. — Sortie du délivre en bloc ou insensiblement. — Accidents qui l'accompagnent. — *Placenta resté complètement adhérent*. — Expulsion retardée. — Nouveau travail. — Sortie du placenta. — Ses divers aspects suivant les cas. — Théorie de la vie intra-utérine du placenta; ce qu'il faut en penser. — Séjour indéterminé du placenta dans la cavité utérine. — Théories d'absorption, résorption, exfoliation insensible du placenta. — Leurs partisans. — Discussion et analyse. — Conclusions. — *Placenta en partie décollé, en partie adhérent*. — Accidents consécutifs. — Hémorragie. — Infection. — Leurs rapports avec l'étendue du décollement. — *Placenta dont une partie a été expulsée et dont une portion est retenue*. — Intéressants phénomènes de transformations placentaires. — Môle hydatiforme, polypes, dégénérescence, atrophie, etc. — Observations. — Conclusions.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les phénomènes qui accompagnent la rétention ne sont pas les mêmes suivant que le délivre est resté libre ou plus ou moins adhérent dans la cavité utérine.

Nous allons étudier ici les modifications subies par le placenta, ses rapports avec la paroi de l'utérus et les divers accidents auxquels est exposée la femme dont le placenta n'a pas été expulsé, accidents qui la menaceront sans cesse jusqu'au moment où l'utérus sera complètement débarrassé de son contenu.

Plusieurs cas peuvent se présenter, correspondant aux différents modes de rétention :

- 1° Le placenta est retenu sans adhérences ;
- 2° Le placenta est complètement adhérent ;
- 3° Le placenta est en partie décollé, en partie adhérent ;
- 4° Le placenta a été expulsé en partie et une de ses portions est restée adhérente à la paroi utérine.

(I). — *Le délivre est retenu sans adhérences.* — Le placenta est décollé en totalité et reste enfermé dans la cavité utérine. C'est environ vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse que ce fait se produit et assez fréquemment.

Ici nous trouvons la cause de la rétention dans la faiblesse musculaire de l'utérus dont les contractions ne sont pas assez fortes, assez puissantes pour vaincre la résistance du col qui est revenu sur lui-même.

Dès les premières heures de la rétention, le placenta peut être engagé dans le col, mais si l'on touche de temps en temps la femme on constate que la partie du placenta qui est accessible diminue de plus en plus et finit par disparaître. Quelquefois ce placenta décollé et libre, engagé dans le col, peut être expulsé en une seule fois, en bloc, sous l'influence d'une forte contraction de l'utérus et apparaître au dehors. Si l'on examine alors ce qui vient d'être expulsé on voit un organe réduit, resserré, ramassé sur lui-même, présentant parfois une dépression circulaire produite par la contraction du col.

Cette sortie du placenta au lieu de se faire en bloc, comme nous venons de le voir, peut se produire peu à peu, insensiblement, et les parcelles qui se détachent sont

entraînées au dehors sous forme de grumeaux, de granulations grisâtres ou brunâtres, comme le dit Tarnier (1), et disparaître dans les liquides des injections ou avec les excréctions vaginales.

Dans ces cas, il peut y avoir quelques accidents hémorragiques, mais c'est l'exception. En revanche, si l'on abandonne la femme à elle-même, si l'on ne pratique pas de temps en temps des lavages et des injections antiseptiques de la vulve et du vagin, un phénomène bien plus important que l'hémorragie ne tarde pas à se manifester : l'apparition de la septicémie.

Nous étudierons, plus loin, cette complication de la rétention, et nous verrons que dans le cas cité plus haut, le terrain est tout préparé pour l'infection, aussi la voyons-nous, dans bien des cas, se développer avec une rapidité effrayante et exposer la malade aux plus sérieux dangers.

(II). — *Le placenta est resté complètement adhérent.* — L'expulsion, nous l'avons vu, dans les cas où le placenta est resté complètement adhérent, se trouve plus ou moins retardée, et ce n'est qu'au bout de 2, 10, 20, 30 jours et davantage que le col s'ouvre à nouveau sous l'influence de nouvelles contractions utérines et laisse passer la délivrance.

Cette rétention peut subsister pendant un temps assez long, assez varié et cela sans qu'il survienne d'hémorragie. Après l'avortement la femme, pendant quelques

(1) TARNIER et BUDIN. Traité de l'art des accouchements, 1888.

heures, quelques jours, perd un petit peu de liquide sanguin, puis tout s'arrête et rentre dans l'ordre. Au bout d'un certain temps surviennent tout à coup des hémorragies plus ou moins abondantes, des contractions utérines douloureuses et fortes comme pour un nouvel accouchement, et ce nouveau travail aboutit à une expulsion complète du placenta.

On trouve alors à l'examen un organe frais, rose, sans odeur, sans altérations et admirablement conservé. Avec l'expulsion du placenta cesse l'écoulement sanguin, l'hémorragie.

Le placenta, cependant, ne conserve pas toujours l'aspect que nous venons de voir. Dans beaucoup de cas, lorsqu'il est expulsé tardivement il présente à l'examen certaines modifications, apparaît moins volumineux, raccorni comme un morceau de cuir desséché, de coloration blanc grisâtre et a la forme d'une galette aplatie comme l'a dit Tarnier.

L'observation suivante nous montre un exemple de ce genre :

OBSERVATION

Rétention de quatorze mois. — Expulsion spontanée. — Aspect du placenta.

M^{lle} C..., âgée de 25 ans, a eu une perte de sang peu abondante, mais continue depuis dix mois ; faiblesse et pâleur extrêmes, bruit de souffle, tous les symptômes d'une chloro-anémie excessive.

Toutes les questions sur les antécédents ne donnèrent aucun renseignement sur la cause de cet état pathologique. La malade disait ne jamais avoir souffert du côté des organes génitaux, à

l'examen desquels elle se refusait. Tous les autres appareils n'offraient rien de particulier ; on ne voyait, comme indication à remplir, que l'usage des toniques : le fer, le vin, la cannelle, le quinquina furent prescrits. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore.

Au bout de quatre mois, quelques douleurs se manifestèrent tout à coup à la région sous-ombilicale. La malade accusa un sentiment de pesanteur et de resserrement dans le bas-ventre. Les organes génitaux furent enfin explorés. Les parties internes étaient molles, souples, un peu de sang s'écoulait par le vagin ; le doigt rencontrait le col dilaté en partie ; un corps assez mou y était engagé et faisait une saillie dans le vagin ; la matrice était volumineuse, dure, et des contractions se manifestaient. Peu à peu le corps s'engagea de plus en plus dans l'orifice sous l'influence des contractions, et au bout de quelques heures sa sortie fut complète.

D'un blanc sale, teint légèrement, très fétide, ce corps assez régulièrement arrondi, était de la circonférence d'une assiette à dessert à peu près, usé sur sa périphérie, se détachant assez facilement sur ses bords, assez épais et assez résistant à son centre ; il ressemblait, à l'intérieur, à de la viande cuite qu'on a laissée fermenter pendant quelque temps.

De distance en distance se trouvait, sur les bords, une matière blanchâtre et résistante, très semblable au tissu cellulaire mortifié de l'anthrax.

La malade avoua alors qu'étant devenue furtivement enceinte, elle avait fait une fausse couche prématurée à six mois ; qu'à cette époque avait commencé la perte, qui dura quatorze mois, sans être accompagnée de la moindre gêne ni de la plus petite douleur.

Dès que le placenta, qui était resté pendant quatorze mois dans l'utérus, eut été expulsé, l'hémorragie cessa tout à fait, et la malade revint à une santé parfaite en très peu de temps. (*In : Challier, thèse de Paris, 1866*).

Certains auteurs ont prétendu que parfois le placenta ainsi retenu continuait à vivre et à se développer dans la cavité utérine : le placenta adhérent, dit Albert (1) dans sa thèse inaugurale, peut continuer à vivre dans la cavité utérine d'une vie particulière, et puis être expulsé ensuite par un nouveau travail, sans être putréfié grâce à cette vitalité qui l'empêche de dégénérer. Avec lui de nombreux auteurs soutiennent cette théorie.

Nous devons remarquer, s'il en est ainsi, qu'il ne peut s'agir, dans ce cas de rétention, que d'une nutrition incomplète et, pour nous, le placenta, au lieu de se développer, semble plutôt s'arrêter dans son évolution, s'atrophier. Il n'a plus, en effet, pour se nourrir la circulation fœto-placentaire, il lui reste simplement la circulation utéro-placentaire qui doit être bien réduite et qui est peut-être même supprimée.

Nous croyons, pour résumer cette théorie, préférable d'admettre, avec Tarnier (2), pour expliquer la conservation du placenta frais et intact, qu'il se produit « une sorte de vie obscure, se maintenant par imbibition, comme cela a lieu pour les organes ou les tissus dépourvus de vaisseaux ».

Nous ne pouvons passer ici sous silence les théories de différents observateurs qui ont prétendu que le placenta pouvait rester indéfiniment dans la cavité utérine qui finissait peu à peu par l'absorber : d'où les théories d'ab-

(1) ALBERT. Des adhérences anormales du placenta, *Thèse*, Paris, 1878, page 61.

(2) TARNIER. *Loc. cit.*

sorption, de résorption, d'exfoliation insensible du placenta.

Guillemeau fut le premier, semble-t-il, à émettre la possibilité d'absorption du placenta en citant le fait d'une femme qui, à la suite d'un avortement, ne fut pas délivrée, devint enceinte quatre mois après et accoucha à terme. Après lui, Nœgele (1), en 1828, publia des observations dans lesquelles il attribua la disparition du placenta à son absorption. Velpeau admit sans contestation cette théorie de l'absorption et avec lui Maslieurat, Lagenard (1836), Villeneuve (de Marseille) (1837), Salomon, Stoltz, Paul Dubois, etc., etc.

Plusieurs font cependant de prudentes réserves :

« Les relations de divers auteurs, dit H. Nœgele (2), permettent de regarder comme un fait démontré la résorption du placenta (sorte de digestion utérine) après l'avortement, mais il n'existe aucune relation authentique de ce mode de disparition du délivre entier à l'époque de la maturité parfaite de l'œuf; au terme de la grossesse la résorption ne peut porter que sur des portions isolées de placenta restées adhérentes aux parois utérines ».

Dans son manuel, Jacquemier (3), tout en admettant que l'absorption peut se produire, reconnaît cependant que le contrôle des faits cités par les auteurs est bien difficile: « La disparition du placenta par une espèce d'ab-

(1) Ces auteurs et suivants sont cités dans la thèse de Gerbaud, *loc. cit.*

(2) H. NœGELE et W.-L. GRENSER. Traité pratique de l'art des accouchements, Paris, 1869, page 626.

(3) JACQUEMIER. Manuel d'accouchements, 1840.

sorption se prête mieux, dit-il, à une interprétation rationnelle, lorsqu'il est resté adhérent et qu'il continue à vivre d'une vie obscure. Les changements survenus dans l'utérus, qui lui font rapidement perdre à lui-même son excès de volume, ne permettent plus au placenta d'y puiser une quantité suffisante d'éléments nutritifs : il tend graduellement à s'atrophier, et cette atrophie est encore favorisée par la compression qu'exerce le retour de l'utérus sur lui-même ».

Gruson (1) trouve les considérations de Jacquemier beaucoup trop exclusives et il partage l'opinion des accoucheurs modernes qui ajoutent peu de foi à cette résorption qu'ils considèrent comme impossible.

Ebstein, dans sa thèse inaugurale, 1872, dit fort judicieusement que s'il y avait dans la question de résorption quelque chose de vrai, il faudrait de nouvelles observations dans lesquelles l'examen porterait sur l'état de structure du placenta, sur la composition et l'analyse des lochies et aussi des menstrues suivantes, sur la grossesse et la configuration de l'utérus, enfin sur la manière dont se comporte le col.

Comme conclusion de cette courte discussion, remarquons que, chez tous ces auteurs partisans de l'absorption placentaire, les théories qui autrefois semblaient être accréditées par des faits tombent aujourd'hui devant une explication plus rationnelle. Dans l'observation de ces faits, nous voyons que les erreurs sont très faciles, le con-

(1) GRUSON, Étude sur la rétention placentaire, Paris, 1872.

trôle souvent impossible : le placenta, en effet, peut disparaître perdu au milieu du sang, une hémorragie secondaire peut se produire en l'absence du médecin, et par conséquent échapper à son observation. De son côté, la malade éprouve parfois des besoins d'aller à la garde-robe, de pousser comme pour un accouchement et alors l'expulsion se fait à l'insu de tous, sans que personne s'en aperçoive.

C'est ce que pensait Challier (1) qui combat énergiquement cette théorie de l'absorption et démontre son impossibilité avec de nombreuses observations à l'appui. L'absorption ne peut pas se faire, dit-il : pourquoi ? « Parce que d'abord il n'est pas prouvé que la muqueuse utérine soit susceptible de l'effectuer et, d'autre part, l'observation des faits n'est jamais complète, car il est évident que, dans certains cas, l'expulsion du délivre, surtout après un séjour prolongé dans l'utérus, a passé inaperçue, ou bien des lochies putrides ont tout entraîné, ou encore des fragments ont été pris pour de véritables caillots sanguins et enfin on a cru à un placenta normal lorsqu'on avait mille raisons de soupçonner certaines altérations anatomiques ».

Disons enfin, pour terminer, que les auteurs qui ont le plus défendu ces théories, n'étaient pas eux-mêmes absolument convaincus : Nœgelé lui-même, après avoir défendu dans un mémoire la théorie de l'absorption, terminant ainsi : « Je suis loin de méconnaître combien il est facile de se faire illusion et combien il y a de difficultés pour se procurer des observations à l'abri de tout reproche,

(1) H. NÖGELE et W.-L. GRENSER, *loc. cit.*

de toute objection ». Ce raisonnement plein de réserve est très juste et nous sommes absolument de son avis.

(III). — *Le placenta est en partie décollé et en partie adhérent.* — Dans ce cas tout va ici dépendre de l'étendue du décollement et des rapports de l'utérus avec la paroi. Le placenta peut être décollé simplement sur son bord et adhérer à l'utérus soit par une large surface, soit simplement par un seul point, par une sorte de pédicule comme un polype. C'est ici que nous aurons à craindre les grandes et terribles complications de la rétention : l'hémorragie et la septicémie.

L'hémorragie présentera plusieurs caractères spéciaux et sera d'autant plus fréquente, répétée et abondante que le décollement sera plus complet. A chaque contraction utérine correspondra une hémorragie : la partie décollée tendant à être éliminée tirera sur la partie restée adhérente, les vaisseaux sanguins seront déchirés et par conséquent l'hémorragie continuera plus abondante jusqu'au moment où le décollement sera complètement achevé.

Avec l'hémorragie, l'infection est aussi à craindre. Elle aussi sera en rapport et suivra les progrès du décollement : elle atteindra d'abord les points décollés du placenta et respectera ceux qui seront restés adhérents. C'est ce que Jacquemier (1) explique en disant : « Si le placenta se détache peu à peu, la décomposition putride s'empare successivement des portions décollées et jusqu'à ce qu'il soit

(1) JACQUEMIER. *Loc. cit.*

expulsé, il présente des parties plus ou moins fraîches et d'autres dans un état de putréfaction plus ou moins avancé ».

(IV). — *Le placenta a été expulsé en partie tandis qu'une de ses portions est restée adhérente à la paroi utérine.*

— De même que dans le cas précédent, nous observerons ici des hémorragies plus ou moins fréquentes correspondant à chaque nouveau décollement de la partie restée adhérente dans la cavité utérine, et l'hémorragie sera d'autant plus abondante et grave que cette portion retenue sera plus volumineuse.

Ici se présentent des phénomènes intéressants de rétention placentaire. Dans certains cas, si la partie du placenta restée dans la cavité utérine n'est pas trop volumineuse, si elle adhère solidement à la paroi, elle peut séjourner pendant longtemps dans l'utérus sans déterminer d'accidents et y subir divers changements.

Le placenta retenu dans la cavité peut être transformé : en môle vésiculaire, en môle hydatiforme comme dans le cas que cite Burns (1) où, après un avortement de trois mois, le placenta ne fut pas expulsé ; la femme redevint enceinte et accoucha à terme d'un produit parfaitement sain accompagné d'une grande quantité d'hydatites et de sang : en polypes placentaires, comme dans le cas cité par F. Matthews Duncan (2) et ceux de Kuestner (3), de

(1) Cité par Gerbaud.

(2) J. MATTHEWS DUNCAN. *Diseases of Women*, 3^e édit., 1886.

(3) O. KUESTNER. *Beitr. z. Lehre v. d. Endometritis*, Iéna, 1883.

Weit (1) et enfin Velpeau, Schröder (2), Kiwisch, Myschke qui ont étudié avec attention et soin ces curieuses transformations placentaires.

Pour bien s'en faire une idée nous allons donner comme exemple une observation de Baer où un polype placentaire simula une tumeur maligne.

OBSERVATION

Transformation du délivre. — Polype placentaire simulant une tumeur maligne.

Femme âgée de 35 ans, mariée, a eu deux enfants à terme ; le dernier est âgé de 12 ans. Depuis, elle a eu plusieurs fausses couches, mais elle a néanmoins joui d'une bonne santé. Sa mère est morte à l'âge de 58 ans d'un cancer utérin. Dans les derniers mois, les règles ont été plus fréquentes et plus abondantes, accompagnées de douleurs expulsives ; dans l'intervalle, écoulement fétide, pâleur de la face, émaciation prononcée. Elle ne voulut se laisser examiner qu'au mois de juillet, après une perte plus abondante, accompagnée de vives douleurs.

Le col est normal, mais le corps de l'utérus est deux fois plus volumineux et un peu plus mou qu'à l'état normal.

L'hémorragie fut arrêtée au moyen de l'ergot de seigle. Symptômes de septicémie : frissons, chaleur, T. 104° F., abdomen tympanisé et douloureux au palper.

Le 23 septembre, on introduit deux tentes dans le canal cervical ; elles y sont laissées pendant vingt-quatre heures. Augmentation de la violence des symptômes. Lorsqu'on les retire,

(1) J. WEIT. Zeitsch f. G. u. G., Bd I (1877).

(2) SCHRÖDER. Ueber fibrin. und placentar Polyp (Scanzonis Beiträge Bd. VII, 1873).

on trouve à l'orifice du col une masse friable qui paraît être de nature maligne. Une diarrhée colliquative intense diminue les forces de la malade, au point qu'elle ne peut rien prendre, si ce n'est encore les remèdes nécessaires pour arrêter la diarrhée et prévenir le collapsus.

Le 25, T. 103° F., pouls rapide et petit; estomac irritable, rejetant tout; abdomen tout à fait souple, relâché; aspect cachectique.

Administration d'éther. L'utérus est rétroversé et adhérent au cul-de-sac de Douglas; le col est rigide et à peine béant. En présence de la péritonite, il fut résolu d'essayer de vider l'utérus de son contenu sans attendre une dilatation plus complète; il y avait surtout à craindre la rupture des adhérences et les accidents inflammatoires consécutifs.

En conséquence, j'introduisis la chaîne d'un écraseur, et ce ne fut pas sans peine que je pus lui faire traverser l'orifice utérin et lui faire embrasser la tumeur. Le pédicule fut tranché; la tumeur, saisie avec une pince, put être extraite.

On put alors reconnaître au toucher que l'implantation de la tumeur se faisait en arrière vers le fond de l'utérus; le moignon fut fortement cautérisé au moyen de l'acide nitrique; on plaça des suppositoires opiacés, etc. La convalescence fut rapide.

La masse extraite ainsi était excessivement molle et friable. Au microscope, on put constater la ressemblance de ce tissu avec le parenchyme placentaire; on vit clairement les villosités caractéristiques de cet organe. (*Baer. — Ann. J. Obst., N.-Y. 1885. Tiré de Gerbaud.*)

Disons enfin que le placenta peut subir la dégénérescence calcaire ou graisseuse, s'atrophier ou suivre son développement normal.

En résumé, que penser de ces divers modes de transformations diverses, absorption, résorption, exfoliation insensible du placenta, etc.?

En 1868, M. Garimond (1), traitant sérieusement cette question, est arrivé aux conclusions suivantes que le placenta est toujours rejeté à l'extérieur (2). tantôt en masse et en une seule fois, tantôt sous forme demi-liquide dans l'espace de quelques jours, d'autres fois, au contraire, lentement, par élimination de molécule à molécule durant des mois entiers se mêlant aux produits de sécrétion fournis par l'utérus et échappant ainsi à nos regards, à notre examen et passant par conséquent la plupart du temps inaperçus.

La théorie de M. Garimond semble appuyée sur des bases solides et se trouve aujourd'hui généralement admise à la place de l'ancienne théorie de l'absorption et de la résorption placentaires.

Nous terminons ce chapitre en citant une observation de rétention sans accidents avec exfoliation insensible du placenta.

OBSERVATION

**Rétention sans accidents. — Exfoliation insensible du placenta. —
Retour régulier des règles.**

Une femme habitant près de Montpellier s'est mariée à un âge avancé, à 40 ans. Neuf mois après, elle devient enceinte; bientôt des pertes fréquentes se déclarent; mais cette femme, ne tenant aucun compte d'une hémorragie qu'elle croyait normale

(1) GARIMOND. Du placenta adhérent et de son expulsion spontanée, *Montpellier médical*, t. XX, 1868.

(2) In Gerbaud, *loc. cit.*

chez les personnes enceintes, continue à se livrer à ses occupations ordinaires. Elle était grosse de trois mois lorsqu'elle vint, en voiture, à Montpellier, et se rendit immédiatement à un établissement de bains. Elle ne fut pas plutôt entrée dans l'eau qu'une perte considérable se déclara et que l'on fut obligé de la transporter à son habitation de la ville. Dès mon arrivée, je constatai la présence de l'embryon au milieu de caillots de sang remplissant le vagin, retenu simplement par le cordon, qui finit par se rompre sous les efforts d'expulsion. Le col est dilaté, et j'attends la sortie du délivre. Il est 6 heures du soir (6 juin 1868); rien ne se présente à l'extérieur, l'hémorragie seule continue jusqu'au lendemain matin, très modérée toutefois. En ce moment, le col est encore dilaté, mais obstrué simplement par des caillots. Quelques prises de seigle ergoté à petites doses sont prescrites; l'hémorragie cesse, le col se referme. On sent très distinctement, par le toucher, que l'utérus est volumineux; il est, de plus, en antéverson marquée. De temps en temps se manifestent quelques efforts d'expulsion, et l'état reste le même jusqu'au 13. Ce jour-là, après quelques douleurs, le col s'entr'ouvre de nouveau; il n'y a pas d'hémorragie. Deux doigts introduits aussi haut que possible reconnaissent, au milieu de caillots sanguins, la présence d'un corps étranger et ramènent au dehors de très petits débris membraneux. Le 14 au matin, un peu de sang est rendu, mais rien de plus. Je veux essayer d'introduire des pinces, mais j'arrive difficilement au col, qui est très en arrière, et d'ailleurs refermé. J'abandonne forcément le placenta, dont la présence dans l'utérus me paraît démontrée, et je me borne à une surveillance assidue et à des soins hygiéniques. Il n'y a, du reste, ni fièvre ni frissons, seulement un peu de faiblesse; la tête tourne si la femme s'assoit sur son lit. On prescrit une alimentation légère et des injections vaginales répétées avec prudence plusieurs fois par jour. Elles déterminent d'abord un peu de douleur; plus tard, elles sont indifféremment supportées. Il y a un léger écoulement sanieux d'environ deux cuillerées par jour; pas de fièvre, aucun accident; un peu de douleur dans les reins, qui se dissipe bien-

tôt. Je garde cependant la malade en surveillance pendant dix jours, et après cette époque, rien n'étant survenu, elle est renvoyée chez elle. En ce moment il n'y avait point de perte, l'utérus dépassait à peine le pubis. Je priai le mari, homme très soigneux, de noter tout ce qui pourrait arriver, et j'informai de ce fait un de mes confrères, à qui la malade allait être confiée. Le Dr Liron, jeune médecin intelligent et plein de zèle, voulut bien suivre cette observation, et s'assura que rien n'était changé dans l'état de la femme. Quarante jours après l'avortement, les règles survinrent, et je viens d'être informé que depuis elles ont eu lieu régulièrement et que la santé est parfaite. (*Dr Garimond, Montpellier médical, t. XX. In: thèse Gerbaud.*)

CHAPITRE III

COMPLICATION DE LA RÉTENTION

Hémorragie. — Septicémie.

SOMMAIRE : Accidents immédiats ou lointains de la rétention. — Leurs conséquences. — Divisions et différents cas de rétention. — *Rétention sans accidents*. — Insuffisance des contractions utérines pour détacher les adhérences encore solides du placenta. — Ici, pas de dangers d'infection ; Pourquoi ? — Durée de la rétention d'après les différents auteurs. — Conclusions. — *Rétention avec accidents précoces*. — L'hémorragie domine ici tous les autres symptômes de l'avortement. — Ses différents modes de production : hémorragie continue, foudroyante, intermittente, suintement interminable. — Moments où elle se produit. — Son mécanisme, ses conséquences, ses dangers. — Caractères du sang écoulé. — Conclusions. — Observations. — *Rétention avec accidents tardifs*. — Apparition de la septicémie. — Conditions qui la favorisent. — Comment se produit l'infection. — Insuffisance de résistance des parties décollées du placenta à l'invasion des microbes pathogènes. — Description des symptômes de la septicémie. — Accidents mortels heureusement rares. — Comment survient la guérison. — Autres complications de la rétention : phénomènes nerveux. — Conclusions. — Observations. — *Rétention avec accidents éloignés*. — Complications inflammatoires du côté de l'utérus, du péritoine pelvien. — Subinvolution utérine : ses conséquences. — Rétention de simples débris placentaires : endométrite déciduale. — Rétention de fragments volumineux : placenta scléreux, déciduomes bégnins. — Différentes autres productions néoplasiques. — Auteurs qui ont étudié ces complications. — Conclusions. — Observations.

Il ne sera pas inutile d'étudier ici la marche, la durée de la rétention, et les accidents plus ou moins immédiats ou lointains qui en sont la conséquence. Nous pourrions ainsi mieux en comprendre le mécanisme et les raisons, et par conséquent mieux en éviter les complications.

Il nous faut envisager le cas, bien entendu, où il est

absolument certain que le placenta n'a pas été expulsé après le fœtus et se trouve toujours retenu dans la cavité utérine : nous verrons ensuite les phénomènes qu'il va produire et les accidents qu'il peut occasionner par sa présence.

Plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien le placenta restera dans l'utérus comme un hôte inoffensif sans manifestations ; ou bien il donnera lieu à des accidents variés survenant immédiatement ou plus ou moins longtemps après l'avortement.

Nous aurons donc à étudier les cas suivants :

- 1^o Rétention sans accidents, sans symptômes ;
- 2^o Rétention avec accidents précoces ;
- 3^o Rétention avec accidents tardifs ;
- 4^o Rétention avec accidents éloignés.

A chacun de ces cas correspondent des symptômes et une marche différente : nous en trouverons l'explication dans ce que nous avons exposé aux chapitres précédents.

(I). — *Rétention sans accidents.* — Nous avons vu dans le chapitre précédent quels sont les rapports de l'utérus et du placenta et à quels dangers il expose la malade suivant qu'il est décollé ou adhérent. Tous les phénomènes de l'avortement ont disparu, le col est revenu sur lui-même, a repris sa forme normale, l'utérus a diminué de volume et les lochies sont arrivées comme d'habitude ; aussi la malade n'éprouvant aucune douleur, aucune grande fatigue, a repris ses occupations habituelles conservant toujours dans la cavité utérine le placenta abortif dont rien ne révèle la présence. Comment expliquer ce fait ?

La raison nous semble en découler tout naturellement de ce que nous avons dit plus haut au sujet du mécanisme de la rétention.

Les contractions de l'utérus, avons-nous dit, ne sont pas assez fortes pour susciter un nouveau travail, pour expulser le délivre : d'un autre côté le placenta a conservé avec la paroi utérine toutes ses adhérences, n'est pas détaché et possède toujours avec lui d'aussi intimes rapports. Aussi ne voyons-nous pas se produire, ici, cette complication de la septicémie, de l'infection que nous connaissons déjà et qui n'atteint dans la rétention que les parties détachées, respectant celles qui sont restées adhérentes.

« Il arrive quelquefois, dit Jacquemier (1), que les lochies ne contractent pas l'odeur putride et qu'elles n'entraînent pas des parties du placenta en décomposition, même à une époque éloignée : c'est quand il est (le placenta) resté adhérent dans toute son étendue. Tant que cet organe n'est pas décollé il reste frais et conserve la vie végétative qui lui est propre ».

Le placenta, en l'absence de toute tentative faite pour l'extraire, peut donc rester ainsi dans l'utérus, sans déterminer d'accidents pendant un temps plus ou moins variable.

Beaucoup d'auteurs ayant observé les longs séjours du délivre dans la cavité utérine, en ont cité divers exemples et publié de nombreuses observations. Jacquemier, par exemple, rapporte l'observation d'un placenta qui ne fut

(1) JACQUEMIER. *Loc. cit.*

expulsé qu'au bout d'un mois, Bouquenod (1) cite un cas où il fut retenu 65 jours dans un état de parfaite conservation; Osiander, de 3 mois: Morlane, de 4 mois (*Revue méd.*, 1829).

Dans un de ces cas, une nouvelle fécondation se produisit, l'accouchement fut normal et le délivre de la première conception ne fut rendu que plusieurs mois après l'expulsion du second. Sirus Pirondi (2) cite un exemple semblable où le placenta est resté dans la matrice. Nouvelle gestation, second avortement où le fœtus et ses annexes sont sortis ainsi que le premier placenta. Cette rétention prolongée n'était pas ignorée des anciens, puisque Hippocrate cite le cas d'une femme (3) qui ne put être délivrée à la suite d'un premier accouchement qui redevint enceinte et dont le deuxième accouchement fut normal et facile. On observa à la suite de l'expulsion du placenta frais du deuxième avortement une sorte de masse fibreuse qui fut reconnue pour être les restes du placenta dont l'extraction avait été impossible dans le premier avortement.

Citons encore Cazeaux, Thornton, Moreau, Depaul qui ont vu des rétentions durer de quelques semaines à 6 mois, Collins (4) 7 mois, Millard, Prost, Charrier en ont cité de 8 à 11 mois, Pasta de 3 ans et enfin Schenk de 17 ans. Pour compléter cet énoncé, disons enfin que A. Paré et

(1) Tous ces auteurs sont cités dans la thèse de Gruson.

(2) SIRUS PIRONDI. *Gaz. méd.*, Paris, 1834, 2 s., II, 654.

(3) Cité par Albert, *Thèse*, 1878.

(4) COLLINS. 1867, *Boston méd.*, et S. J., t. XXVI, 220.

Richard ont retrouvé à l'autopsie des délivres retenus jusqu'à la mort sans avoir provoqué d'accidents.

Nous pouvons faire ici, à propos de cette rétention, les mêmes réflexions que plus haut concernant l'absorption du placenta, car le contrôle est aussi difficile et peut-être même impossible.

Combien durera cette rétention? On ne peut pas donner de limites bien précises, mais l'on peut dire qu'en général sa durée sera subordonnée à la persistance des adhérences du placenta avec la paroi utérine, jusqu'au jour où, sous l'influence de nouvelles contractions, il sera décollé, occasionnera peut-être les accidents les plus graves et sera expulsé au dehors.

(II). — *Rétention avec accidents précoces.* — Tous les phénomènes habituels et précoces qui accompagnent l'avortement sont présents ici; mais au-dessus de tous domine une complication des plus sérieuses : l'hémorragie. Cette hémorragie dont nous avons déjà parlé, sera, nous l'avons vu, sous la dépendance de l'étendue du décollement du placenta, de la surface en contact, de la durée de ce décollement, en un mot des rapports de ce délivre avec la paroi utérine.

Les modes de production de cette hémorragie sont les plus variés et les moments les plus divers.

Quelquefois elle apparaît quelques jours après l'avortement sans que rien la fasse prévoir, frappe la malade par sa soudaineté, sa gravité, car, avec elle, arrivent tous les symptômes communs aux grandes pertes de sang : les extrémités se refroidissent, les tissus se décolorent, la face

devient d'une pâleur cadavérique, le pouls est petit et fréquent, la bouche est sèche, la soif ardente : ajoutons à cela l'anxiété et l'agitation, les troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles, etc., ensemble de symptômes pendant lesquels on voit la vie de la malade s'en aller avec son sang et s'éteindre enfin dans une dernière syncope. Ce triste tableau n'est heureusement vrai que bien rarement et l'hémorragie n'a pas toujours cette apparition soudaine et cette mortelle gravité.

Dans bien des cas l'hémorragie consiste simplement dans un suintement continu, interminable, s'écoulant par la vulve, irritant les organes génitaux et mettant la femme dans un état d'affaiblissement très marqué.

L'hémorragie peut se produire immédiatement après la sortie du fœtus ou longtemps après, et être continue ou intermittente : « Elle commence, dit Guéniot (1), dès le début des contractions utérines et se continue à mesure que le placenta se décolle ». Nous avons vu, en effet, que lorsque le placenta est en partie décollé et en partie adhérent, la partie adhérente empêche l'utérus de se contracter et tirant sur la partie décollée déchire les vaisseaux sanguins et partant entraîne l'hémorragie. On voit d'ici toute la gravité de cette complication qui peut devenir foudroyante si le placenta, sous l'influence d'une brusque contraction de l'utérus, se décolle en une seule fois. « L'hémorragie, dit Tarnier (2), se produit au moment où le

(1) GUÉNIOT. *Loc. cit.*

(2) TARNIER. *Asepsie et antisepsie*, page 503, 1894.

placenta, en se décollant, ouvre des vaisseaux utérins : elle est d'autant plus abondante que le décollement du placenta se fait à une époque plus voisine de l'avortement, parce qu'alors les relations vasculaires qui unissent le placenta à l'utérus n'ont pas encore eu le temps d'être modifiées par le travail de la régression qui suit l'expulsion du fœtus. Les hémorragies peuvent se renouveler à des intervalles variables, et réapparaître chaque fois qu'une nouvelle portion du placenta se décolle : dans ce cas elles deviennent graves moins par leur abondance que par leur répétition : de plus, l'état de déchéance dans lequel elles mettent l'organisme, prédispose à la septicémie et rend cette dernière plus grave ».

L'hémorragie, on vient de le voir, peut prendre dans certains cas des proportions vraiment inquiétantes et graves car en quelques instants elle peut occasionner la mort, au moment où l'on s'y attend le moins. Ces cas sont heureusement rares et la plupart du temps les hémorragies sont moins abondantes et plus modérées. Elles existent, nous l'avons vu, à toutes les époques de la rétention placentaire, et sont, en résumé, continues, foudroyantes, intermittentes ou consistent simplement dans un écoulement, un suintement continu. Quel est le caractère du sang de ces diverses hémorragies ? Il varie avec les divers modes de l'écoulement. A mesure qu'il s'échappe des vaisseaux sous l'influence des contractions utérines, le sang arrive au dehors et s'écoule en forme de nappe ou de flots successifs. S'il séjourne, au contraire (1) quelque temps

(1) TARNIER et BUDIN. *Loc. cit.*

dans les voies génitales, il se coagule et se précipite de temps en temps au dehors, fait irruption hors de la vulve, par instants, sous forme de véritable débâcle sanguine. La couleur du sang ou des caillots expulsés est violacée, noirâtre, et le volume en est des plus variés : on en rencontre parfois de tellement volumineux qu'on a pu les prendre pour une tête de fœtus (Tarnier). S'il y a un simple suintement, le sang s'écoule hors de la vulve au milieu de sécrétions brunâtres, de mucosités vaginales avec lesquelles il se confond, et souvent il est accompagné d'un plus ou moins grand nombre de caillots : l'écoulement augmente à chaque nouvelle contraction utérine, est intermittent. Cette intermittence que l'on rencontre dans les différents modes de l'hémorragie, semble être, en quelque sorte, la caractéristique de la rétention, comme le fait remarquer très judicieusement Gerbaud (1), car elle indique très bien le travail successif de l'utérus pour éliminer les annexes, travail bien pénible et bien lent, interrompu d'instant en instant par des moments de repos pendant lesquels l'utérus semble se remettre, reprendre haleine avant d'entreprendre une nouvelle contraction, de faire un nouvel effort.

Tels sont les divers modes et la marche de l'hémorragie de la rétention. Citons, en terminant, l'opinion de certains auteurs qui ont prétendu que dans les cas où l'avortement était produit par la mort du fœtus, l'hémorragie n'existait pas, du moins aux premiers mois.

(1) GERBAUD. *Loc. cit.*

En résumé, nous avons vu que parmi tous les accidents qui se produisent au début de la rétention placentaire, l'hémorragie tient la première place. La vie de la femme n'est pas toujours menacée, mais sa santé en est souvent profondément altérée et gravement compromise. Aussi la gravité de cette complication dépend beaucoup de la résistance de la femme, résistance variable suivant les individus et les constitutions : chez une malade, par exemple, une perte de sang même légère pourra menacer sérieusement son existence, alors qu'elle affaiblira à peine une autre malade placée dans de meilleures conditions de résistance et de santé.

Malgré tout, les hémorragies qu'elles soient faibles et rares, abondantes et répétées, auront toujours, toutes choses égales d'ailleurs, un grand retentissement sur l'organisme tout entier de la femme et la mettront plus ou moins, dans un état de déchéance et d'infériorité qui préparera en quelque sorte la route et l'entrée aux complications non moins graves et non moins redoutables de la septicémie. Nous donnons ici deux observations : l'une d'hémorragies répétées, l'autre d'hémorragie foudroyante après un avortement.

OBSERVATION

Avortement de deux mois. — Rétention du placenta. — Hémorragies abondantes et fréquentes. — Curettage. — Guérison.

Femme L. C., 30 ans, lingère.

Réglée à 18 ans ; règles régulières durant deux ou trois

COLOMBY.

4

jours. Avant les règles, douleurs dans le ventre, les reins et l'estomac.

Premier accouchement, février 1887. Pendant la grossesse, albumine, céphalalgie, troubles oculaires, maux d'estomac, œdème des jambes.

Entrée dans le service de M. le docteur Bouilly; travail très long; forceps. Délivrance artificielle; suite de couches normales. Enfant mort à 19 mois et demi de bronchite.

En juillet 1888, métrorragies abondantes pendant six semaines. Ventre ballonné, douloureux, elle entre à Cochin dans le service du docteur Gourand, où on lui fait un traitement, des applications de collodion sur l'abdomen, lavement laudanisé, extrait thébaïque. Elle séjourne un mois et demi à l'hôpital d'où elle sort bien portante. Règles régulières les mois suivants.

En novembre 1888, subitement dans la rue, nouvelles hémorragies avec malaises. Elle est transportée à La Pitié dans le service de M. le professeur Jaccoud, où elle reste quelque temps.

Les règles deviennent régulières.

En janvier 1891, attaque de rhumatisme articulaire aigu qui dure un mois. Nouvelles métrorragies, douleurs dans le côté gauche avec angoisse précordiale. Signe manifeste d'insuffisance mitrale. Pendant la durée du rhumatisme pertes de sang constantes qui deviennent de plus en plus abondantes, mais qui sont atténuées par le repos ou la station couchée; elles sont aggravées, au contraire, se manifestant sous forme de caillots, pendant le lever ou la marche. Douleurs dans le bas-ventre ou l'estomac.

Le 10 mars, règles comme à l'ordinaire pendant deux ou trois jours. Rien en avril ni en mai. Dans la nuit du 21 au 22 mai, hémorragie abondante avec douleurs dans le bas-ventre et les reins, qui se continuent toute la nuit. Le 27, elle se présente à la consultation, niant énergiquement être enceinte et ne voulant pas rester à la clinique.

A l'examen, on trouve un col long, dur, fermé, le corps est augmenté de volume, gros comme une orange, dévié à gauche. Le 28 mai, perte, col entr'ouvert. Admise à l'hôpital, elle a plu-

sieurs hémorragies dans la journée qu'on arrête par des injections chaudes au permanganate de potasse.

Le 29, pertes moindres. M. le Professeur Tarnier trouve dans le col entr'ouvert une petite saillie constituée probablement par l'œuf. Le 30, nuit mauvaise, malade affaiblie; température moyenne 38°,6. On fait de nombreuses injections vaginales chaudes; le soir la température est 38°,8. Le 31, on trouve dans le vagin un gros caillot du volume d'un gros pessaire de Dumont-pallier. Ce caillot est expulsé par une injection. Le col est toujours entr'ouvert.

Le 1^{er} juin, à midi, perte abondante arrêtée par injection vaginale chaude. A 3 heures du soir, nouvelle perte plus considérable; on fait le tamponnement vaginal; syncope. On ranime la malade avec du grog et des injections d'éther.

Le 2, elle est pâle, abattue, exsangue. M. le Professeur Tarnier retire le tampon qui est peu imbibé. On fait une injection vaginale et la femme est mise en position obstétricale. On place des pinces à col sur la lèvre antérieure et une sur la lèvre postérieure. L'utérus est facilement abaissé et amené jusqu'à la vulve. On introduit un doigt dans l'orifice dilaté et on pénètre facilement dans l'utérus, dont la surface est irrégulière et tomenteuse.

Curettage avec la curette tranchante de Récamier. Les masses charnues sont facilement enlevées et ramenées au dehors. Elles sont nettement formées par du placenta. Le curettage est continué; par le toucher on s'assure que la cavité utérine est vide. A la fin, hémorragie assez abondante. On fait une injection intra-utérine très chaude et, une fois l'hémorragie arrêtée, on passe dans l'utérus deux écouvillons chargés de glycérine créosotée, qui ne ramènent rien. Pansement vaginal, poudre et gaze iodoformée. Température, 38°, légère céphalgie. On soumet la malade à un régime reconstituant; amélioration, guérison. (*Clinique d'Assas. Tirée de la Thèse de Goret, 1894*).

OBSERVATION

Avortement incomplet. — Hémorragie foudroyante. — Curettage. Guérison.

M^{me} V..., 25 ans, fait, le 2 janvier 1895, une fausse couche de trois mois environ. Le fœtus seul est expulsé, puis rien ne vient. Lavages vaginaux antiseptiques.

Quatre jours après, la sage-femme, inquiète de cet état de choses, nous fait appeler. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigts. Pas de douleur en aucun point. Température normale. Le col entr'ouvert admet la pulpe de l'index. *Depuis l'expulsion du fœtus, aucun écoulement sanguin ou autre, pas de coliques.* Envies d'uriner fréquentes.

Nous avertissons l'entourage du danger que crée la rétention des annexes au double point de vue de l'hémorragie et de l'infection puerpérale et nous proposons de débarrasser l'utérus de son contenu au moyen d'un curettage. On nous demande une consultation avec un confrère qui est d'avis de laisser les choses en l'état et de se borner, puisqu'il n'y a ni perte de sang ni mauvaise odeur, à maintenir l'antisepsie vaginale. Son avis prévaut et nous ne voyons plus la malade.

Dans la nuit du 9 janvier, c'est-à-dire 7 jours après la fausse couche et 3 jours après la consultation, nous sommes appelé en toute hâte auprès d'elle. Après quelques petites coliques, elle s'est mise brusquement à perdre du sang en abondance. Une grande injection vaginale très chaude demeure sans effet. Au toucher, le col paraît entr'ouvert, mais le doigt ne perçoit aucun élément placentaire. La malade est très affaiblie, son pouls est petit, sa peau est froide. Nous lui faisons une piqûre de caféine; puis, la faisant maintenir en travers de son lit dans la position obstétricale, nous déprimons la paroi postérieure du vagin au moyen d'une valve. Nous pinçons le col utérin avec une pince

tire-balles, puis nous tamponnons l'utérus et la cavité vaginale de gaze iodoformée taillée en lanière. On relève peu à peu l'état de la malade : boissons alcooliques chaudes, piqûres de caféine, bouillottes, bandage roulé des jambes maintenues relevées.

Le lendemain 10, bonne journée, état général meilleur, température normale ; tampon utérin et vaginal ne cause aucune douleur. Miction spontanée.

Le 11, nous étant préparé à compléter plus activement notre intervention, nous demandons à faire placer la malade sur une table dans la position obstétricale. Nous dévidons le tampon vaginal et utérin ; il ne s'écoule pas de sang. Lavage vaginal et injection utérine de 3 litres d'eau sublimée à 0,25 centigrammes pour 1,000 avec la sonde dilatatrice de Doléris faiblement écartée.

Le doigt est introduit dans l'utérus et perçoit le placenta partiellement décollé, flottant et paraissant tenir par un de ses bords en un point qui ne nous est pas accessible.

Alors, nous armant d'une curette annulaire droite, nous détachons le placenta solidement adhérent à la corne gauche. Lavage utérin. Nouveau tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée.

Cette opération inattendue de la malade a été très rapide et en somme peu douloureuse ; elle a, semble-t-il, surtout souffert au moment où nous avons pratiqué le tamponnement utérin.

Le surlendemain 13, ablation du tampon, lavage vaginal. Plus de perte de sang. Suites opératoires normales. Involution très prompte. (Tirée du *Traitement de l'avortement incomplet*. Chaleix-Vivié et Audebert, 1896).

OBSERVATION

Rétention placentaire partielle. — Infection. — Hémorragie par suintement continu. — Curettage. — Guérison.

M^{me} P..., 33 ans, perd du sang depuis 15 jours ; il s'est produit d'abord une grosse hémorragie précédée de coliques, qui

s'est transformée en un suintement continu. La malade ne peut plus dire quand elle a eu ses dernières règles ; elle dit même ne pas se croire enceinte. Tout fait penser que l'avortement a été provoqué.

Nous la voyons pour la première fois le 6 août 1892. Femme pâle, affaiblie, teint terreux ; T. : 39°, P. : 110. Diarrhée fétide.

Utérus gros, dépasse le pubis de trois doigts. Douleur à la pression de la corne utérine droite. Écoulement lochial fétide. Au toucher, on constate que le col est largement ouvert ; rien dans le canal cervical. Empâtement douloureux dans le cul-de-sac latéral droit. Le doigt revient chargé d'un liquide sanguinolent, fétide. Injection vaginale suivie d'un lavage utérin, qui n'a rien ramené. Gaze iodoformée dans le vagin.

7 août : T. : 39°. La perte de sang continue par suintement. La malade est mise dans la position obstétricale ; injection vaginale, utérine *qui amène une notable perte de sang*. L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine rencontre une petite masse de consistance molasse, adhérente.

Curettage, muqueuse utérine épaisse et fongueuse. Au niveau de la corne droite, la curette détache avec peine un fragment placentaire qui vient en trois morceaux. Ecouvillonnage avec des tampons d'ouate imprégnés de glycérine créosotée. Lavage utérin ; crayon d'iodoforme, pansement vaginal à la gaze iodoformée.

8 août : État général excellent, T. : 37° ; aucune perte de sang. Lavage utérin ; crayon d'iodoforme, gaze iodoformée dans le vagin.

Dans les jours qui ont suivi, la malade n'a pas perdu une seule goutte de sang et l'involution utérine a été rapidement complète. — Guérison. (*Tirée de Chaleix-Vivié et Audebert. Traitement de l'avortement incomplet, 1896*).

(III). — *Rétention avec accidents tardifs*. — L'hémorragie a préparé, avons-nous dit, le terrain à la septicémie

en mettant la femme dans un état de déchéance, d'infériorité favorables à l'invasion des microbes qui trouvent dans la rétention placentaire les meilleures conditions pour se produire et se développer, ne tardent pas à envahir la cavité utérine et par leur présence donner lieu aux graves complications de l'infection putride, de la septicémie. Entraînés par un véhicule quelconque, doigts septiques de l'accoucheur, instruments, canules, linges, etc., ils remontent le long du vagin, pénètrent dans le col de l'utérus entr'ouvert, et s'introduisent dans la cavité de l'utérus causant des accidents variables, une infection locale ou généralisée suivant l'état du terrain et les forces de la malade. Dans leur travail de destruction, ces germes pathogènes respectent les parties du délivre qui sont restées adhérentes, car elles vivent et présentent par conséquent une plus grande résistance, mais ils envahissent rapidement les parties décollées du placenta qui ne tarde pas à cesser de vivre et à subir la décomposition commune aux tissus organiques privés de vie (1).

Au contact de l'air ce placenta, incapable de résister aux germes en présence desquels il se trouve, se décompose peu à peu et la paroi utérine qui est en contact avec lui absorbe tous les produits putrides qu'il a fabriqués, et alors apparaît tout le cortège des symptômes de la septicémie qui permet de faire au premier abord le diagnostic d'infection purulente même pour les yeux les moins exercés.

(1) D'après CHALLIER, *loc. cit.* et TARNIER, *id.*

Le premier symptôme qui donne l'éveil est l'odeur des lochies. On est bien vite prévenu et renseigné, lorsque les lochies qui jusque-là n'avaient rien présenté d'anormal commencent à avoir une odeur qui devient de plus en plus fétide, qui s'accroît avec les progrès de l'infection et sa marche : odeur tellement pénétrante et forte, qui imprègne tellement le doigt qui a pratiqué le toucher vaginal, que des lavages répétés ne peuvent la faire disparaître et que parfois encore elle envahit l'appartement tout entier où se trouve la malade au point que le médecin, comme le dit Charpentier avec peut-être un peu d'exagération, « peut faire son diagnostic en montant l'escalier ».

A cela s'ajoute un écoulement continu, sanieux, grisâtre ou brunâtre, tachant les linges et irritant les parties génitales par son passage.

Si l'on pratique le toucher, on sent dans l'utérus, à travers le col mou et entr'ouvert, un corps étranger qui est le délivre et qui peu à peu se désorganise, se désagrège et s'en va dans les lochies sanieuses et fétides que nous venons de signaler et dont on retrouve des parcelles corrompues dans le liquide des injections.

La malade subit les différentes alternatives et les divers temps de cette décomposition du placenta qui s'élimine peu à peu. D'abord la fièvre se déclare, la malade dont l'état général est plus ou moins affaibli éprouve des frissons violents, des troubles digestifs, etc. ; mais alors, après un certain temps, suivant le degré de l'infection, suivant la résistance de la malade, le placenta a fini de se putréfier : il se dissocie et finit par être expulsé complètement. Avec son élimination disparaissent tous les symptômes que nous

venons de décrire et peu à peu, si la femme a eu la force de résister assez, la guérison survient.

Mais au contraire, si cette rétention ne cesse pas, si l'on néglige le traitement, que l'on n'intervienne pas, arrive bientôt un nouveau cortège d'accidents plus graves que les premiers qui vont s'accroissant de plus en plus jusqu'à la mort. Pour faire un tableau complet de cette grave complication, de la façon dont elle se manifeste, j'éprouve le besoin de citer en entier la description de la septicémie magistralement décrite par Cazeaux (1) : « Il est fort rare, dit-il, que les phénomènes locaux se manifestent sans que la santé de la femme soit sensiblement altérée. Après un temps plus ou moins long, un long frisson survient accompagné d'une agitation et d'une anxiété excessives : le pouls devient fréquent, précipité ; la peau est sèche et brûlante, la face est alternativement pâle et colorée, quoique le plus habituellement pâle, la respiration est anxieuse et fréquente, la langue toujours sèche est tantôt blanche, tantôt rouge, la malade accuse des douleurs quelquefois avec battements dans la tête : et bientôt le délire, intermittent d'abord, puis continu, vient s'ajouter aux autres symptômes qui deviennent de plus en plus graves. Le ventre se ballonne et offre une grande sensibilité ; des envies de vomir, des vomiturations, quelquefois même des vomissements abondants, parfois aussi des évacuations alvines plus ou moins nombreuses et involontaires témoignent de la part que tout le tube digestif prend à

(1) CAZEAUX. *Loc. cit.*

l'affection générale. Enfin, le poulx s'accélère de plus en plus, est filiforme, ondulant ; la faiblesse et l'agitation sont extrêmes, le délire ne cesse plus et la mort termine cette horrible scène cinq, dix, quinze jours après l'invasion des premiers accidents ». Ajoutons à cette longue liste de symptômes la présence de violentes douleurs siégeant au niveau des articulations dans les différentes parties du corps et occasionnées par la formation de dépôts purulents dans les interstices musculaires : nous aurons ainsi présentes sous les yeux toutes les tristes manifestations de cette complication tardive et redoutable de la rétention placentaire. L'infection purulente n'a pas toujours fort heureusement cette grave intensité qui est une exception.

Aussi, la plupart du temps, s'il ne survient pas d'inflammation du côté des organes pelviens, et si l'utérus finit par être débarrassé naturellement ou artificiellement de son contenu qui est pour lui un foyer d'infection, les malades peuvent se rétablir peu à peu, surtout et à condition de leur donner des soins antiseptiques et généraux appropriés.

Avec l'élimination du placenta ou de ses débris cesse d'exister la cause de l'infection et avec elle disparaît l'effet, c'est-à-dire la septicémie avec tous ses accidents, mettant ainsi la malade à l'abri des plus graves dangers.

Nous donnons ici deux observations caractéristiques de rétention avec septicémie :

OBSERVATION

Rétention placentaire post-abortive. — Manifestations septiques.

— Traitement par les injections utérines infructueuses et signalé par des accidents. — Hémorragie grave, subite, au trente-deuxième jour. — Curetage. — Guérison.

M^{me} A..., 23 ans. En juillet 1892, étant enceinte de près de trois mois, éprouve quelques coliques et perd chaque jour un peu de sang. Une sage-femme conseille de faire *beaucoup d'exercice*. Puis la perte s'accroissant, elle finit par déclarer que la fausse couche est faite et qu'il n'y a plus lieu de s'en occuper.

19 juillet : Appelé à examiner la malade, nous constatons que le col est à peine entr'ouvert et que le corps dépasse le pubis de trois travers de doigt. Nous déclarons que l'avortement n'a pas lieu et même que le repos et des lavements laudanisés pourraient l'éviter. Il n'est tenu aucun compte de nos conseils.

Le 4 août, M^{me} A... expulse un fœtus paraissant âgé de trois mois et dont la mort semble toute récente. Aucun écoulement sanguin. La délivrance ne se fait pas.

A partir du 6 jusqu'au 10, on donne chaque jour une injection intra-utérine qui ne ramène rien. Température normale, sauf le 8 et le 9 où elle monte le soir à 38°. Le 10, une intervention radicale est refusée par la famille ; on se borne à mettre la malade dans la position obstétricale et à faire l'écouvillonnage glycéro-créosoté de la cavité utérine précédé et suivi d'une injection utérine avec une sonde dilatatrice, il s'écoule un peu de sang et il sort un fragment placentaire de deux centimètres de diamètre sur un centimètre d'épaisseur. Le soir T. : 38°.

Le 11 : T. : 37°. Même état le 12, le 13 et le 14 ; ces jours-là, simples injections vaginales. L'utérus reste au même niveau.

Le 15 : T. : 38°. P. : 110°. Douleur à la pression de la corne gauche. Injection utérine.

Le 16 : T. : 38°,5. P. : 110°. Injection intra-utérine qui est suivie d'un long et violent frisson au cours duquel la température monte à 40°.

Le 17 : l'injection utérine est suivie du même frisson et de la même hyperthermie momentanée.

Le 18 : T. : 38°,5. Il se produit, au cours de l'injection utérine, un très léger frisson ; elle est accompagnée d'une perte de sang assez abondante, due probablement au décollement et à l'expulsion d'un fragment placentaire gros comme une noix et très altéré.

Le 19 : T. : 38°,8. Injection utérine suivie également d'un long frisson.

Les jours suivants, 20 et 21, pas d'injection utérine. La température varie entre 38° et 38°,5.

Le 22 : T. : 39°,4.

Nous insistons à nouveau auprès de la malade et de sa famille pour qu'il nous soit permis de faire le curettage qui nous paraît de plus en plus indiqué. Refus formel.

Les 13 jours qui suivirent s'écoulèrent sans incidents. La température descendit peu à peu à la normale. Quelques pertes jaunâtres non fétides. La malade commença à se lever malgré nos conseils. L'utérus restait gros et il persistait de la douleur à la pression au niveau de la corne gauche.

Le 5 septembre, la malade étant étendue sur sa chaise longue est brusquement prise d'une hémorragie très abondante qui ne peut être arrêtée que par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Ce tamponnement reste placé jusqu'au lendemain 6 septembre.

Le curettage est enfin décidé : le 7, après anesthésie chloroformique, nous introduisons dans l'utérus une sonde dilatatrice progressivement écartée, puis une curette qui tout d'abord ne ramène que des fragments de muqueuse. Mais après un raclage plus énergique, nous détachons et amenons au dehors de volumineux morceaux de placenta sur lesquels la curette avait jusqu'alors glissé sans les entamer. Tamponnement utérin à la gaze

iodoformée laissé pendant deux jours. Plus de fièvre, plus de perte de sang. Guérison. (*Tirée du Traitément de l'avortement incomplet, Chaleix-Vivié et Audebert.*)

OBSERVATION

Curettage de l'utérus chez une malade atteinte de septicémie, due à la rétention des débris de l'œuf, après un avortement de quatre mois.

M^{me} S..., lingère, jouit d'une bonne santé ordinairement; pas d'antécédents héréditaires. Elle a eu la rougeole dans son enfance et une angine pseudo-membraneuse à 11 ans.

Le début de la menstruation a eu lieu à 11 ans 1/2, depuis elle a toujours été bien réglée.

A 23 ans 1/2, elle épouse un homme d'apparence chétive, qui a la nuit des sueurs abondantes, s'enrhume facilement et est alcoolique.

Quinze mois après ce mariage naît un premier enfant, qui meurt à cinq mois d'une méningite. Le second accouchement se fait deux ans plus tard; l'enfant meurt à six mois d'une méningite.

Enfin les règles se suppriment du 9 au 12 octobre, une troisième grossesse se déclare, et suit son cours normal, lorsqu'au commencement de février 1890, la malade reçoit un coup de poing dans l'abdomen. Elle n'en ressent tout d'abord aucune douleur, mais le 11 février, elle s'aperçoit qu'elle est toute mouillée. Une sage-femme appelée l'examine, mais ne se prononce pas sur le diagnostic.

Le 12 février 1890, la malade avorte à 7 heures du matin, le fœtus sort par les pieds. La sage-femme, sans prendre aucune précaution antiseptique, sans même se laver les mains, introduit les doigts dans le vagin et extrait le fœtus. Le placenta vient avec le cordon, mais il est incomplet et l'on prescrit des injections vaginales avec une solution phéniquée.

Pendant toute la journée, il s'écoule par le vagin un liquide roussâtre contenant quelques débris. Le jour suivant, il sort une assez grande quantité de débris qui sont comparés à des morceaux de chair en décomposition, puis cet écoulement se tarit.

Le 18 février, le mari rentrant ivre, chez lui, oblige sa femme à pratiquer deux fois le coït malgré sa faiblesse et la douleur qu'elle accuse dans le ventre.

Le 20, la malade se lève pendant deux heures, la sage-femme fait cesser les injections phéniquées.

Le 21, la malade reprend sa vie ordinaire, elle souffre toujours du ventre et a une nuit agitée.

Le 6 mars, elle fait une promenade, et s'aperçoit qu'un liquide roussâtre et à odeur nauséabonde tache son linge.

Le 11, après avoir beaucoup souffert du ventre et du côté droit, la malade a une hémorragie qui continue les jours suivants.

Elle s'alite le 13 mars, la fièvre s'allume, la langue devient saburrale.

La sage-femme consultée dit que c'est le retour des couches, le ventre est très ballonné.

Le 14, le médecin prescrit un gramme de sulfate de quinine et une potion tonique, le ventre se distend de plus en plus, mais diminue de volume le lendemain.

Le 16, la malade prend de nouveau un gramme de sulfate de quinine, on lui applique sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés, et elle prend un lavement glycérimé.

L'hémorragie continue jusqu'au 19 mars.

Le 20, je suis appelé et je constate par la palpation un utérus gros comme un poing, douloureux à la pression, les ganglions inguinaux sont indurés.

Par le toucher, je trouve le col derrière la symphyse pubienne, l'utérus en rétro-flexion. Les deux culs-de-sac sont douloureux, mais particulièrement, le cul-de-sac latéral gauche.

L'écoulement a une odeur infecte.

La température prise sous l'aisselle est de 38°,4.

Rien au cœur ni aux poumons, nulle trace de syphilis.

Le 21 à 9 heures du matin, la malade est endormie sous le chloroforme, le docteur Auvard fait un lavage vulvaire complet avec le savon et une solution au sublimé, puis procède au curetage utérin.

L'abaissement du col est relativement facile, la dilatation du canal cervical se fait avec le dilatateur à tulipe, et le curetage avec la curette irrigative Auvard. On enlève ainsi 25 grammes environ de débris utérins. On termine l'opération par un grand lavage antiseptique avec une solution phéniquée à 2 pour 100, et l'on cautérise la muqueuse utérine avec de la glycérine créosotée à 2 pour 10.

La température axillaire prise deux heures après l'opération donne 37°,4.

Depuis ce moment la température axillaire prise matin et soir a oscillé entre 36°,8 et 37°,6.

Des injections phéniquées ont été faites matin et soir.

Il y a à signaler un écoulement de pus assez abondant pendant les quatre premiers jours mais non fétide et bien lié.

J'ai été obligé de faire le cathétérisme pendant dix jours : la constipation a été opiniâtre, mais ces deux phénomènes, parésie vésicale et constipation ont disparu dès que la malade s'est levée.

Le douzième jour, la malade reprenait peu à peu sa vie ordinaire et le quinzième jour, la guérison semblait arrivée.

J'ai revu depuis M^{me} S... qui est complètement rétablie. (*Guérison, par le Dr Taubetil, Archives de Tocologie, mai 1890, page 283. Tirée de la Thèse de Vibert, 1891.*)

Nous ne pouvons passer sous silence, ici, quelques rares accidents tardifs de la rétention qui sont des phénomènes purement nerveux tels, par exemple, que délire, agitation, convulsions, tétanos, etc. Citons (1) les noms de

(1) D'après Gerbaud. *Loc. cit.*

quelques auteurs qui ont pu observer ces rares phénomènes : Filliol (1) en cite des cas ; de même Humphrey Storer, Pitre-Aubinais, Dérotrie (2). Tarnier dit que cette complication a encore été étudiée par Wiltshire (3). Lardier (4), Collongues (5), Bennington (6) qui en a observé 21 cas, Jaccoud (7), etc., etc. Certains de ces auteurs prétendaient pour expliquer ces phénomènes nerveux, que dans la rétention, un morceau de placenta agissait sur l'utérus de deux façons : ou bien comme corps étranger irritant la muqueuse utérine et favorisant les contractions par sa simple présence ; ou bien par une sorte d'intoxication, d'empoisonnement analogue à celui que produit la strychnine. Ces phénomènes nerveux ne semblent être, croyons-nous, que de simples épisodes de la maladie, se manifestant, parfois avec plus d'intensité que d'habitude, pendant une période d'infection purulente plus ou moins généralisée, et, rentrant comme élément constitutif dans l'ensemble des phénomènes longuement décrits au commencement de ce chapitre.

(IV). — *Rétention avec accidents éloignés.* — Il nous faut ici attirer l'attention sur des complications de la rétention placentaire qui se produisent après l'avortement dans

(1) FILLIOL. *Thèse*, Strasbourg, 1869.

(2) DEROTRIE. *Journal médic. de l'Ouest*, 1869.

(3) WILTSHIRE. *Obstet. transact. of London*, vol. XIII, p. 133, 1871.

(4) LARDIER. *Thèse*, Paris, 1874.

(5) COLLONGES. *Thèse*, Paris, 1878.

(6) BENNINGTON. *The British gyn. journ.*, P. II, 1885.

(7) JACCOUD. *Gaz. Hôp.*, Paris, 9 janvier 1886.

un temps plus ou moins éloigné. Par cela même que la malade n'a pas succombé aux accidents précoces de la rétention, ce n'est pas une raison pour qu'elle soit complètement à l'abri des complications éloignées qui peuvent survenir après une période parfois très longue de calme. Son état général en effet se ressent longtemps du contre-coup des hémorragies, des empoisonnements septicémiques et à côté de ces symptômes inquiétants de la première heure nous voyons se produire chez elle, dans un avenir plus ou moins éloigné, des complications du côté des organes pelviens, accidents généralisés souvent à l'utérus, la trompe, le péritoine et constituant une sorte de tare pathologique qui menacera toujours la femme tant que le placenta ne sera pas expulsé de la cavité utérine.

Quelles sont ces complications utérines et pelvi-péritonitiques ? Tout d'abord la *subinvolution utérine* qui se produit sous l'influence de la rétention prolongée du délivre ou même de simples débris placentaires. Après toutes les fatigues, les efforts de l'accouchement, l'utérus a beaucoup de peine à se remettre, à revenir sur lui-même, son involution se fait difficilement, lentement. On dit alors qu'il y a subinvolution utérine et avec elles apparaissent des troubles divers d'abord fonctionnels comme par exemple aménorrhée, dysménorrhée, puis plus tard encore : prolapsus, déviations utérines, etc., et si la malade, dès les premiers jours qui ont suivi l'avortement, n'a pas été atteinte par des complications précoces, elle se trouve maintenant dans un état de réceptivité très favorable aux atteintes de la septicémie.

Dans les *Annales de gynécologie*. 1895, MM. Toupet et

Hartmann ont étudié d'une façon très complète les accidents qui sont les conséquences éloignées de la rétention. Nous allons résumer en quelques mots leur intéressant travail. Ils considèrent les différents cas qui peuvent se présenter lorsque des débris plus ou moins importants de placenta sont restés retenus dans la cavité utérine. Que vont devenir ces débris? Dans certains cas la guérison pourra survenir spontanément, car ces débris pourront s'exfolier, peu à peu s'éliminer et disparaître avec les lochies. D'autres fois, au contraire, une infection secondaire venant se surajouter, la muqueuse voisine s'enflamme et alors apparaissent de nouveaux phénomènes d'hémorragies secondaires qui sont alors les symptômes caractéristiques des accidents de cette délivrance incomplète. Ces auteurs donnent à cette affection le nom d'*endométrite déciduale*. Au lieu de quelques débris, c'est parfois un fragment volumineux de placenta qui est retenu après la paroi utérine : il se greffe alors sur elle et ne modifiant que légèrement sa structure subit la transformation scléreuse, on a alors le *placenta scléreux*. Si l'on examine un de ces délivres, on le voit formé d'une masse, dure, adhérente, de volume variable et collée à la paroi de l'utérus. Cette masse peut ne pas rester ainsi et évoluer, proliférer et donner lieu à des productions variées, les *déciduomes bénins* (1), que l'on nommait autrefois faux polypes. Voir observation.

Enfin, ces restes retenus dans l'utérus peuvent être

(1) Voir la *Thèse* de GORET, 1894, sur le Déciduome bénin, Paris.

l'origine de néoplasmes les plus variés tels que « *môle hydatiforme, vésiculaire* (voir observation), *perforante, sarcome chorio-cellulaire, déciduome malin* (Soënger) ». Il serait trop long de s'étendre ici sur ces différentes productions et nous citerons simplement les travaux importants de Virchow, Robin, Deschamp, Migliaresi, Kehrer (1) pour l'étude de la môle hydatiforme : de Wolkmann, Waldeyer et Krieger pour la môle perforante. Le déciduome malin avait été étudié autrefois par Meyer, Zahn, Kalden, Klotz : en France, par MM. Nové, Josserand, Lacroix et plus récemment par Schwab.

En résumé, des accidents éloignés de la rétention placentaire, les uns sont fréquents comme l'endométrite déciduale, les autres plus rares et cela grâce à la généralisation bienfaisante de la méthode antiseptique. Nous verrons plus loin les moyens de les prévenir et de les éviter.

Ci-joint trois exemples de ces complications :

OBSERVATION

Débris de placenta restés ignorés dans l'utérus à la suite d'une fausse couche. — Suppuration de la trompe. — Péritonite.

La nommée S..., femme G..., âgée de 34 ans, entre le 20 mars 1880, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Fernet.

Elle a été prise, le 14, de vomissements qui ont persisté les jours suivants et sont devenus verdâtres le 16 ; ce même jour, elle a commencé à souffrir du ventre ; ces symptômes, survenus

(1) Citations tirées de GRUSON. *Loc. cit.*

sans cause appréciable pour elle, ne faisant que s'aggraver, elle entra à l'hôpital, où l'on put constater l'état suivant : fièvre modérée, 38°, 38°,5 ; ventre saillant, tendu, douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure, mat au-dessous de l'ombilic ; langue chargée, un peu sèche ; constipation ; intégrité du cœur et des poumons ; pas d'albuminurie ; le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent que des résultats négatifs.

Le diagnostic de péritonite pouvait être porté, et il fut confirmé par l'évolution ultérieure des accidents ; mais, lorsqu'on voulait chercher à en reconnaître la cause, on était en présence d'une difficulté bien plus grande, puisque rien, ni dans les antécédents de la malade ni dans son examen, ne venait indiquer de quel côté siégeait le point de départ de cette complication. Les jours suivants, les vomissements grisâtres fétides se reproduisirent, l'état de la malade s'aggrava rapidement, et le 26 elle mourut.

Autopsie. — On trouva une péritonite suppurée généralisée. Tous les viscères, examinés successivement, n'avaient pas fait découvrir la cause de cette péritonite. Mais l'utérus, un peu plus gros et plus mou qu'à l'état normal, présentait, sur la surface postérieure de sa cavité, près du fond de l'organe, une saillie arrondie de la grandeur d'une pièce de un franc, fendillée et mamelonnée à sa surface, semblant faire corps avec la muqueuse. Les trompes, surtout la gauche, étaient distendues par du pus que l'on pouvait faire facilement sortir par leur orifice péritonéal en exerçant une légère pression. Il n'y avait ni phlébite ni lymphangite. Les trompes avaient donc été le lieu de passage des produits septiques de la cavité utérine à la cavité péritonéale. Quant à la production morbide qui avait été le point de départ des accidents, était-elle un néoplasme, un épithélioma développée sur la muqueuse ? Était-elle un débris du placenta, résultant d'une fausse couche qui serait passée inaperçue de la malade ou qu'elle n'aurait pas voulu avouer ? L'examen microscopique de la pièce, fait par M. Mayér, confirme pleinement cette dernière hypothèse. (*Défontaine, interne des hôpitaux. In Progrès Méd., 1880, page 1017*).

OBSERVATION

Rétention ignorée occasionnant les complications les plus diverses.

M^{me} Ern. D....., 40 ans, demeurant près du Mans.

Antécédents héréditaires. — Aucune affection abdominale du côté de la grand'mère, des tantes et de la mère.

La malade est fille unique et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Réglée à 14 ans.

Mariée à 20 ans, elle a eu deux filles, la première onze mois après le mariage, la deuxième sept ans plus tard. Trois ans après le dernier accouchement, la malade commença à souffrir du côté du rectum (élancements, cuissons, douleurs, constipation opiniâtre).

Ces troubles sont accompagnés d'un retard de six semaines environ, de nausées, de démangeaisons anales, et de sensation de pesanteur sur le fondement. La sage-femme administra un purgatif de sa composition qui, au dire de la malade, l'a beaucoup fatiguée. (C'est sans doute l'époque de la fausse couche).

De 1883 à 1889, elle a tour à tour consulté les docteurs Le Bail, Garnier et Bourdy. Ce dernier, entre autres, lui a fait des cautérisations au fer rouge qui ont amené des pertes aqueuses pendant huit à dix jours, puis une métrorragie abondante ayant nécessité l'intervention du médecin et un repos absolu pendant trois semaines. Aucune amélioration n'étant obtenue, elle vient, en 1889, voir le Dr Geny, de Paris, qui la conduit chez M. Marchand; celui-ci porte le diagnostic de fibrome utérin et propose l'ablation des ovaires. On va ensuite consulter le Dr Péan qui porte le même diagnostic et propose l'énucléation de la tumeur par la voie vaginale, car, dit-il, la tumeur pourrait devenir cancéreuse. A cette époque, les règles étaient plus abondantes, plus fréquentes et sentaient mauvais. En juin 1889, M. Péan fait l'énucléation de la tumeur et l'amputation totale du col.

L'opération n'apporte aucun soulagement à la malade et n'a modifié en rien les douleurs et les troubles du côté du rectum.

En 1892, elle vient de nouveau consulter M. Péan qui, attribuant les douleurs rectales à des hémorroïdes, propose de faire la dilatation anale.

Encore une fois, pas d'amélioration.

C'est dans ces conditions peu brillantes que la malade vint me consulter en mars dernier. A ce moment, les règles étaient plus abondantes et plus fréquentes; leur mauvaise odeur avait reparu; les pertes blanches, peu accusées, n'avaient aucune odeur.

A l'examen bi-manuel on trouve un utérus volumineux et globuleux; la pression ne détermine qu'une douleur vague et mal définie; on constate la disparition complète du col, surtout du côté du cul-de-sac latéral droit. L'utérus mesure 5 centimètres. L'hystéromètre donne la sensation d'une cavité remplie de fongosités; de toutes parts on ne touche que des parties molles et friables. Cette exploration donne beaucoup de sang.

En présence des antécédents, des choses existantes et de la difficulté d'établir un diagnostic précis, je songe à pratiquer un curage explorateur qui ramène des fragments ressemblant à des débris placentaires. Je prends également un morceau du col et je porte le tout au D^r Pillet pour en faire faire l'examen histologique.

L'examen histologique de débris retirés à la curette montra qu'il s'agissait bien de placenta abortif. — (*Tirée de la thèse de Goret, 1894*).

OBSERVATION

Môle vésiculaire.

Anna Jauliac, âgée de 29 ans, journalière, entre dans le service de M. Pinard, le 16 avril 1884, salle Sainte-Anne, lit n^o 23; elle a déjà eu un enfant en juin 1883. Pour la deuxième fois, elle

ne voit pas reparaitre ses règles, le 6 février et le 6 mars ; elle était donc enceinte de deux mois au mois de mars.

Le 18 mars, elle perd du sang ; cette perte se continue en quantité plus ou moins grande, régulièrement.

Le 15 avril, elle rentre, pour cette hémorragie, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Gouguenheim. — Application de compresses d'eau froide, et on fait passer la malade à l'hôpital Lariboisière.

Aspect bon, plus d'hémorragie. On trouve, au palper, une tumeur ovoïde, saillante, s'étendant dans la région médiane à un doigt au-dessus de l'ombilic. De chaque côté, les parois abdominales sont déprimées et font mieux ressortir la tumeur. Cette tumeur se délimite exactement ; elle est un peu déviée à droite. Elle est inégale, dure, mais perd par moments un peu de sa consistance. On ne peut distinguer en elle aucune partie fœtale. A l'auscultation, pas de battement, mais perception d'un souffle assez intense étendu dans la région de la tumeur. Au toucher, on trouve le col dur, entr'ouvert de façon à permettre l'introduction dans l'orifice interne de la pulpe de l'index. Mais on ne peut pénétrer dans le canal cervical ; l'utérus est globuleux, mobile ; et l'on se rend compte que la tumeur n'est autre que l'utérus lui-même. Rien dans les culs-de-sac.

A 6 heures du soir, la malade éprouve des douleurs abdominales qui nécessitent une piqûre de morphine ; elle a des vomissements dans la nuit.

Le 17, vomit encore le matin.

Traitement. — Café, glace, sulfate de quinine, 0^{gr}, 25.

Le 18. — Amélioration dans l'état général ; plus de vomissement.

Examen nouveau. — Utérus résistant, tendu, s'élève un peu au-dessus de l'ombilic ; pas de ballottement.

Auscultation. — On perçoit un souffle intense sur le bord gauche de l'utérus, isochrone au pouls de la mère.

Col dans la même situation ; doigt chargé de sang noir ; pas de ballottement vaginal.

M. Pinard conclut à l'existence d'une môle hydatiforme. Les jours suivants, état général amélioré; mais toujours perd du sang qui s'accumule dans le vagin.

22. — Induration sur le bord droit de l'utérus.

24. — Induration sur le bord gauche a remplacé celle du bord droit, qui n'existe pas.

29. — Malade perd un peu plus. Dureté au niveau de la partie inférieure.

30. — Vraies douleurs à 6 heures du soir, revenant par intervalles. Utérus contracté et dur; pas de changement du col. Dans l'intervalle des contractions, on sent deux tumeurs dures: l'une, du volume d'un œuf, située à côté et à droite de l'ombilic; l'autre, plus petite, située au-dessous et en dehors de la première. Ces douleurs, de nature hystérique, d'après M. Pinard, disparaissent d'elles-mêmes.

1^{er} mai. — Malade va très bien.

3. — Utérus augmenté de volume; souffle plus accusé.

4. — Douleurs. Expulsion d'un gros caillot; hémorragie. Segment inférieur de l'utérus abaissé; col ramolli, mais non effacé. Expulsion de nouveaux caillots, accompagnés d'un écoulement de sang pur. Injection très chaude de la solution de biiodure de mercure.

A 9 heures, col effacé, orifice dilaté comme une pièce de 1 franc. Par l'orifice fait saillie une masse molle, inégale, donnant la sensation d'un placenta ou d'un caillot. L'hémorragie continue; tamponnement à 9 heures et demie. A 10 heures 50 les douleurs sont plus vives. On enlève le tampon; la femme expulse alors une masse considérable de vésicules de môle.

Ces vésicules ont les dimensions d'une tête d'épingle jusqu'à une fève. Les plus nombreuses sont de la grosseur d'un pois. Elles sont réunies en grappe et contiennent un liquide transparent, incolore, qui dans quelques vésicules est citrin et même brunâtre. Au milieu de ces vésicules est un gros caillot fibrineux. Pas de traces de fœtus. Poids de la môle, 700 grammes.

On fait immédiatement une injection intra-utérine, et on

constate sur les parois de l'utérus l'existence de vésicules adhérentes. L'utérus revient sur lui-même; pas d'hémorragie.

Injectons vaginales toutes les trois heures.

Le soir, nouvelle injection intra-utérine, qui expulse encore quelques vésicules; mais il en reste encore quelques-unes sur le col, trop adhérentes pour être détachées.

5. — La nuit a été bonne. L'utérus petit, dur; pas d'hémorragie. Injectons vaginales toutes les trois heures.

6. — Pendant la nuit, sensation de froid au moment des injections. Le matin, pouls plus fréquent. Le ventre est plat, l'utérus rétracté, mais il y a un peu d'induration avec de la sensibilité dans la fosse iliaque gauche. Une injection intra-utérine étant faite, il s'écoule un liquide rougeâtre contenant quelques débris.

Traitement. — 1° Quatre sangsues dans la fosse iliaque gauche; sulfate de quinine 0^{gr},50, matin et soir. Injectons vaginales toutes les deux heures.

2° Injection intra-utérine à 2 heures, qui expulse un caillot et quelques débris. T. 40°,3, pouls très fréquent, soif vive. Le ventre n'est pas développé, mais douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche.

3° Injection intra-utérine à 6 heures 50. T. 39°,2.

4° — — — 10 heures. T. 38°.

5° — — — 4 heures matin.

Le 7. — État général meilleur. T. 38°,3. Le pouls est moins fréquent. Le ventre est aplati, indolore. On sent une légère induration au niveau de la fosse iliaque gauche. Écoulement inodore, plus d'injections intra-utérines, plus de quinine. Injectons vaginales toutes les deux heures.

Dans la matinée, diarrhée abondante; à 4 heures, T. 37°8.

Le 8, le mieux se maintient. Tumeur ovoïde, indolore, mobile, facile à déplacer, surtout en haut, dans la fosse iliaque gauche. Utérus rétracté à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le 9, la femme est tout à fait bien. La tumeur est considérée par M. Pinard comme un rein mobile.

Les jours suivants, le mieux continue; la tumeur reste avec ses mêmes caractères.

Le 17, exeat, bien portante. (*Cette observation du D^r Pinard (maternité de Lariboisière) est tirée de la thèse de Gerbaud.*)

CHAPITRE IV

DU TRAITEMENT DE LA RÉTENTION

Historique

SOMMAIRE : Avant-propos. — Les dangers de la rétention sont la grande préoccupation des anciens accoucheurs. — Intervention. — Exposé des différentes méthodes jusqu'au xv^e siècle. — xvi^e siècle : A. Paré, Guillemeau. — xvii^e siècle : Mauriceau, Hésitation des auteurs de la fin du xvii^e siècle. — xviii^e siècle : Méthode d'expectation en honneur. — Fin du xviii^e siècle : Divergences d'opinions des auteurs de cette époque. — xix^e siècle : Méthode d'intervention en honneur à l'étranger. En France. — Conclusions.

Sans vouloir suivre pas à pas à travers les âges et les différentes contrées l'histoire du traitement de la rétention, nous croyons utile de passer en revue et d'analyser les nombreux ouvrages et les nombreux écrits des auteurs les plus autorisés qui ont traité cette question.

Les accoucheurs anciens avaient compris toute l'importance et les dangers de la rétention de l'arrière-faix. Nous voyons, en effet, en lisant leurs ouvrages, que dans la rétention du placenta après accouchement à terme ou après avortement, l'idée maîtresse qui dirigeait leur conduite était la crainte des dangers occasionnés à la malade par le séjour plus ou moins long du placenta dans l'utérus et les accidents qui en étaient la conséquence. Aussi nous

les voyons, dès le début, employer les moyens les plus bizarres, les plus violents même, pour enlever ou chasser de l'utérus ce délivre, leur grande préoccupation.

Les premiers accoucheurs furent donc des interventionnistes : examinons leurs manières d'intervenir.

Hippocrate (1) voulait que l'enfant restât attaché au cordon et couché sur une outre remplie d'eau qui se vidait peu à peu. Si le cordon était rompu on le remplaçait par un poids de manière à rompre les adhérences utéro-placentaires et faciliter l'extraction ou plutôt la sortie du délivre.

A ces moyens s'ajoutaient des tractions sur le cordon, sauts de la femme, etc., et en cas d'insuccès, Hippocrate conseillait d'intervenir plus activement et plus efficacement en introduisant la main dans l'utérus et en détruisant les adhérences qui maintenaient le placenta collé à la paroi utérine.

Cette intervention violente était aussi le mode d'action des médecins romains et arabes de cette époque, en un mot de tous les praticiens de l'école ancienne. Pour Celse, Aétius, Paul d'Égine, Avicenne, Abulcasis et Rœssling, la méthode fut la même.

Il ne faut pas oublier que tous ces praticiens ne se contentaient pas des manœuvres que nous venons de citer : ils provoquaient chez la femme des mouvements volontaires ou réflexes, des vomissements, des accès de toux, des étternuements à l'aide de poudres, de fumigations, per-

(1) HIPPOCRATE. *De superfetatione*. — *De morbis mulierum*.

suadés que ces secousses et ces efforts pourraient détacher les adhérences et amener le délivre en dehors.

Toutes ces manœuvres obtinrent-elles des résultats favorables? Nous l'ignorons. Toujours est-il qu'il faut retenir de ces méthodes d'intervention des anciens leur grande préoccupation de ne rien laisser dans la cavité utérine après un avortement.

Pendant une vingtaine de siècles cette médication fut en honneur.

Au XVI^e siècle. — Ambroïse Paré (1) s'éleva le premier avec énergie contre cette pratique dangereuse et quelque peu brutale. Sans méconnaître les dangers de la rétention et la nécessité de l'intervention, il recommandait d'abord les moyens de douceur réservant l'intervention manuelle pour les cas d'insuccès.

Le premier il conseilla l'injection dans la matrice (2) « de choses aromatiques, glaireuses et émollientes » des diaphorétiques et sternutatoires pour susciter les efforts de la femme et amener le décollement du délivre. Il énumérait ensuite les accidents qui menaçaient la femme : « suffocation de matrice et impotence de pouvoir avoir son haleine à cause de la putréfaction qui se fait en peu de temps ». Hippocrate terminait ses recommandations en donnant les sages conseils suivants : « La sage-femme mettra sa main doucement dans la matrice, ointe d'huile

(1) Amb. PARÉ. Œuvres complètes (Chassaignac).

(2) Jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, matrice a signifié indistinctement vulve, vagin, utérus.

ou de quelque axonge, et suivra le nombril qui lui servira de guide pour prendre l'arrière-faix et le séparera s'il est encore adhérent contre le fond de la matrice *avec les doigts seulement*, le tournant de côté et d'autre, et le tirera, non par violence, comme le font les folles et idiotes matrones...; car, en le tirant rudement, on peut rompre et dilacérer quelques veines, artères ou fibres et ligaments nerveux, où la dite matrice est liée et attachée, dont le sang sort; et étant sorti de ses propres vaisseaux se corrompt et se putréfie, cause inflammation, gangrène et par conséquent la mort ».

Nous devons remarquer en passant l'expression « avec les doigts » qui nous fait voir combien Amb. Paré avait compris les inconvénients et les dangers de l'intervention violente et déraisonnée de ses prédécesseurs.

Guillemeau (1) n'ignore pas non plus et redoute les accidents auxquels est exposée la femme dont le placenta est retenu dans la cavité utérine. Pour lui il faudra agir avec beaucoup de patience. « C'est chose certaine, dit-il, qu'après que l'enfant est sorti du ventre de sa mère, que le dit arrière-fais est contre nature qui ne requiert sinon que d'être osté et mis dehors, pourquoi il faut de deux choses l'une ou que le vif (qui est la matrice) chasse le mort (qui est l'arrière-fais) ou que le mort tue le vif: et même qu'iceluy (le placenta) estant retenu il apporte de très-pernicieux accidents, comme défaillance, oppression et suffocation de la mère, voire même en se pourrissant

(1) GUILLEMEAU. Œuvres de chirurgie (1599).

peut estre occasion de mort. Pour à quoi obvier, il faut estre diligent à le faire sortir ou tirer sans se précipiter et *patienter* un peu en le maniant et esbranlant toujours ».

Pour vider complètement la matrice il recommanda en outre de pratiquer des injections d'eau tiède.

Au XVII^e siècle. — Mauriceau (1) recommande une méthode moitié active, moitié expectante ; il semble cependant donner la préférence à la méthode d'action.

Pour lui l'écoulement de sang est le plus grand des dangers de la rétention, par conséquent on n'interviendra que dans les cas d'hémorragie.

Après avoir fait exercer sur le cordon des tractions lentes et douces, si le placenta ne sort pas, il dit : « s'il se rencontre une plus grande difficulté à la chose, on pourra au besoin, après avoir reconnu de quel côté l'arrière-faix est situé, commander à une garde bien avisée de presser légèrement avec le plat de sa main le ventre de l'accouchée le menant doucement en bas, comme par manière de friction et ayant égard surtout à ne le faire trop rudement. Mais si pour tout cela on ne peut encore l'avoir on sera obligé de porter la main dans la matrice ». S'il n'y a pas d'hémorragie mais simplement infection, il conseille les lavages et injections d'eau tiède, de même si après une intervention il reste quelque chose dans la matrice. Enfin si l'on est en présence d'une hémorragie on aura recours à l'intervention active, manuelle, instrumentale. Sa conduite se résume en ces mots : « Injections dans la cavité

(1) MAURICEAU. *Maladies des femmes grosses et des accouchées*, 1668.

utérine pour la débarrasser du corps qu'elle contient, cause de putridité, mais s'il survient une perte *on ne peut rester oisif*; se servir de la pince à faux germe ou des doigts pour extraire le placenta cause de l'hémorragie ».

Des procédés et des théories de Mauriceau il nous faut retenir sa recommandation d'éviter de traiter l'utérus trop durement et son mode d'expression de l'utérus. Il semble être le précurseur de la méthode de CRÉDE que nous exposerons au chapitre traitant l'expression utérine et qui ne semble être qu'un mode varié de la manœuvre que nous venons de citer.

Les opinions des praticiens de la *fin du XVII^e siècle* ne semblent pas bien arrêtées, probablement parce que leurs prédécesseurs n'avaient pas apporté à l'appui de leurs théories des preuves et des arguments bien convainquants, des résultats bien pratiques. Aussi voyons-nous dans les écrits où ils exposent leurs idées la preuve de ces multiples tâtonnements.

Au commencement du XVIII^e siècle les théories des accoucheurs s'appuient déjà sur des raisons beaucoup plus sérieuses et des considérations physiologiques ou anatomiques plus importantes :

Deventer (1701), Paul Portal, de Lamothe, Haller se montrent les partisans autorisés de l'intervention active : leurs successeurs, au contraire, se déclarent nettement opposés à toute intervention.

En 1724, Ruysch (1) fut un partisan convaincu de la

(1) RUYSCH. Tractatio anatomica de musculo, etc. (1726).

temporisation. Ayant cru découvrir au fond de l'utérus un muscle (*musculus contrusor placentæ*) chargé d'expulser le placenta, il était inutile, pour lui, et même « chose mauvaise » pour le malade d'intervenir d'une façon ou d'une autre ; il laissait à ce muscle complaisant le soin de suppléer à toute tentative opératoire.

Après Ruysch la méthode de temporisation continue ; on laisse la nature livrée à ses propres ressources ; ce que l'on n'avait pas fait jusqu'alors.

Dans son traité, Puzos le premier et avec lui ses élèves font une étude plus rationnelle du mécanisme de l'avortement : « après le travail qui procure la sortie de l'enfant, dit-il (1), il s'en établit un second pour l'expulsion du placenta, ou plutôt c'est une suite du premier... L'expulsion du placenta est aussi constamment l'ouvrage de la nature que celle de l'enfant. » Il donne en terminant un précepte que tous les accoucheurs devraient avoir présent à la mémoire : « Mon sentiment est qu'on ne doit jamais presser l'extraction du placenta tant qu'il n'y a rien qui oblige à la précipiter. »

Ses contemporains et ses élèves n'ont pas tous adopté ces sages conseils et chacun d'eux à tenu à donner son opinion et exposer ses idées.

Viardel (2) prescrit des remèdes cordiaux pour soutenir l'état général de la femme et pratique des injections

(1) PUZOS. Traité des accouchements (1756).

(2) VIARDEL. Observation sur la pratique des accouchements.

(antiputrides) destinées à empêcher la putréfaction du placenta. Il n'est pas partisan de l'intervention et la rejette.

M^{me} Le Boursier-Ducoudray (1), dans son Guide, conseillait d'abord l'expectation, les bains de jambes très chauds et des frictions de haut en bas sur les jambes. En cas d'insuccès, elle employait l'extraction du délivre avec la main qui semblait être pour elle le meilleur et le plus sûr de tous les moyens.

Un autre partisan de l'expectation fut Mesnard (2) qui s'exprime ainsi dans son Guide des accouchements : « Par ces fouillements et recherches réitérées, on irrite la matrice et on cause des pertes de sang, des inflammations et la mort aux femmes ».

En 1765, Smellie (3) ne nous donne pas des idées bien nettes, une méthode bien précise, sur la conduite à tenir : s'il se montre à des moments partisan de l'intervention, c'est dans certains cas spéciaux et suivant certaines indications qu'il ne précise guère bien.

N'oublions pas Rœderer, un partisan convaincu de l'intervention.

Au milieu du XVIII^e siècle, la méthode de douceur et d'attente est toujours en honneur.

Deux chirurgiens, membres de l'Académie royale de chirurgie, Recolin et Levret, se font les défenseurs autorisés de l'expectation.

(1) M^{me} LE BOURSIER-DUCOUDRAY, Guide des accouchements (1753).

(2) MESNARD. Guide des accouchements (1753).

(3) SMELLIE. *An. de Machestock*, tome I, page 168.

En 1757, Recolin (1) présente à l'Académie un important mémoire où il préconise, le premier, les injections intra-utérines chaudes et il cite trois observations où ce procédé lui rendit de précieux services pour débarrasser la matrice de son contenu : « des portions d'arrière-faix qui y restent après les fausses couches, comme aussi pour arrêter les pertes de sang ».

Ce fut donc lui le propagateur des injections intra-utérines qui sont aujourd'hui d'un emploi courant ; aussi a-t-il soin de nous faire remarquer qu'il pratique ses injections non dans le vagin comme le faisaient Mauriceau et Guillemeau, mais dans l'utérus.

Ses élèves suivirent et pratiquèrent sa méthode.

Levret (1766) est un peu dans l'indécision au sujet de la conduite à tenir : sa manière d'agir est moins franche que celle de Recolin et on voit partout dans ses écrits incertitude et irrésolution.

Dans un premier ouvrage (en 1766) (2) il écrit : « Il arrive fréquemment dans les avortements qu'il est impossible d'extraire le placenta par son frêle cordon et qu'on ne peut même pas introduire la main dans la matrice. Les praticiens sont alors dans l'usage d'abandonner à la nature le soin de la sortie ; *et je trouve qu'ils ont raison.* Néanmoins les injections d'eau tiède et à grands flots seront surtout utiles. — Les médicaments hystériques et autres remèdes prétendus capables d'en favoriser la sortie

(1) RECOLIN. *Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie.*

(2) LEVRET. *Art des accouchements*, 1766, page 146.

sont dangereux en pareille occasion. Ces moyens sont le fruit de l'ignorance des temps passés et de l'empirisme le moins instruit ».

En résumé, Levret est donc un partisan de l'expectation en l'absence d'accidents ; mais s'il survient une complication quelconque il est tout de suite effrayé et change alors de conduite : « On ne doit pas, écrit-il (page 438), rester spectateur oisif lorsque la perte menace les jours de la mère. Il faut alors se servir de la pince à faux germe si les doigts ne sont pas suffisants : ou bien encore faire des injections d'eau tiède à grands flots dans la cavité même de la matrice ».

Nous retrouvons la même indécision plus tard dans un autre ouvrage de Levret, dans son *Mémoire de l'Académie royale de chirurgie* (1778) où il choisit et indique les médications propres à chacune des deux pratiques opposées, à l'intervention ou à l'expectation.

Il faut lui savoir gré de ne s'être pas laissé influencer comme beaucoup de ses contemporains par une idée préconçue, et de n'avoir eu pour guide, dans sa conduite et dans ses écrits, que l'observation simple et scrupuleuse des faits.

En 1778, Baudelocque applique lui aussi divers procédés et emploie différentes méthodes suivant les circonstances et les indications des cas particuliers qui se présentent. Il nous faut selon lui considérer deux cas (1) :

1° « Si l'on était près de la femme, dit-il, dans le

(1) BAUDELLOCQUE. L'art des accouchements (1778), tome I, page 217.

moment où la poche des eaux vient à s'ouvrir aussi prématurément, il faut introduire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice s'il était assez grand : 1° afin d'entretenir cette sensibilité, cette irritation si nécessaire aux progrès de l'action expulsive de la matrice : 2° pour empêcher cet orifice de se contracter sur lui-même et favoriser sa dilatation ultérieure jusqu'à ce qu'elle suffise pour la délivrance ».

2° Si l'on n'est appelé qu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, il faut savoir « attendre patiemment et se borner à solliciter vivement l'action de la matrice et à la faire contracter avec assez d'énergie pour achever de détacher et d'expulser le placenta ».

Si cette action de la matrice ne se produisait pas, BAUDELLOCQUE avait recours souvent à des tractions exercées avec les doigts sur le placenta quand celui-ci était engagé dans le col, ou bien se servait de la pince à faux germe, du tamponnement vaginal. S'il était resté quelque chose dans la cavité utérine il recommandait alors les injections « émollientes détersives et antiputrides ».

Sa conduite, on le voit, était toujours inspirée par les faits et les diverses circonstances dans lesquelles il se trouvait.

M^{me} LACHAPELLE (1) est loin de partager l'opinion de Baudelocque : elle s'élève énergiquement contre toute manœuvre, toute tentative opératoire à l'aide d'instruments : « Quant à l'extraction forcée, et aux instruments con-

(1) M^{me} LACHAPELLE. Pratique des accouchements, tome II, p. 347.

seillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme *impossible* dans le cas d'occlusion complète, comme *inutile* dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours *dangereux* ; tout au plus doit-on se permettre, ainsi que je l'ai exécuté plusieurs fois, d'attirer le placenta lorsqu'il est détaché et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert ; deux doigts suffisent pour cette opération. » Et n'ignorant pas les dangers des instruments plus ou moins mal employés, elle ajoute : « et on ne risque pas (en agissant comme on vient de le dire) de rompre le délivre et d'en laisser dans l'utérus une portion plus difficile à extraire par cela même qu'elle est plus petite et qu'elle offre moins de prise aux efforts de la matrice. »

M^{me} Boivin (1) est du même avis que son illustre devancière, mais formule son opinion d'une façon toute différente. Nous lisons : « laisser sortir l'œuf entier, si cela est possible ; si les membranes se rompent et qu'il survienne une hémorragie, ce qui est normal, appliquer un tampon. — Si l'hémorragie devient inquiétante, extraire le placenta, mais avec les doigts ». Malgré l'urgence, son intervention est, on le voit, bien timide.

Une appréciation bien nette est celle de Capuron (2) qui prétend que « dans aucun cas le salut des femmes n'est désespéré parce que le délivre est retenu ». C'est une opinion bien franche mais nous devons faire remarquer

(1) M^{me} BOIVIN. Mémorial des accouchements, 1836.

(2) CAPURON. Cours théorique et pratique d'accouchement (1828).

qu'il ne nous dit pas pourquoi dans ce cas il n'y a pas de danger à la suite de cette rétention. Il y a, ce nous semble, ici, un peu trop d'optimisme.

Le P^r MOREAU (1) se vantait d'avoir toujours été partisan de l'expectation : « J'ai su attendre », disait-il, et c'était là toute sa pratique et toute sa doctrine thérapeutique.

Enfin JACQUEMIER (2), à la même époque, est partisan convaincu de l'intervention et la pousse jusqu'à proposer de rompre les membranes ; dans les cas où le travail abortif est languissant, il conseille en outre de procéder à l'extraction du délivre en dilatant mécaniquement l'orifice interne du col.

On vient de voir par ce long exposé des théories et doctrines des anciens que les accoucheurs jusqu'au commencement de ce siècle se sont surtout préoccupés dans leurs discussions et ouvrages du point de vue pratique du traitement.

Il en est de même parmi les auteurs modernes, mais les dissentiments sont encore plus marqués entre les interventionnistes, d'une part, et les partisans de l'expectation, de l'autre. Ainsi toutes les divergences d'opinions et les différences de vues des anciens se retrouvent encore de nos jours.

*
* *

(1) MOREAU. Traité pratique d'accouchements (1846).

(2) JACQUEMIER. *Manuel des accouchements*. Paris (1846), tome I, page 487.

Au commencement de ce siècle, la méthode d'intervention semble être en honneur, surtout à l'étranger. L'Allemagne lui fournit ses plus fervents admirateurs. Viennent ensuite l'Angleterre, l'Amérique, la France, etc., mais plus on va, plus cette méthode rencontre à côté de ses partisans des adversaires sérieux et autorisés en nombre à peu près égal.

Nous allons analyser successivement les diverses théories et méthodes des auteurs qui, ces derniers temps, ont illustré la science des accouchements.

En France, H. Chailly, dans son *traité pratique de l'art des accouchements*, est convaincu de la nécessité de l'intervention.

Les injections vaginales et antiseptiques ne suffisent pas pour arrêter la résorption putride du placenta.

On doit recourir sans hésitation au seigle ergoté et à la curette de Récamier.

CAZEAUX (1) n'est pas du même avis au point de vue de l'action du seigle ergoté : « C'est un moyen, en effet, dit-il, auquel il faut avoir recours mais sur lequel cependant il ne faut pas trop compter. »

S'il n'y a pas de danger urgent, pour lui il est bien préférable et plus pratique « d'attendre et de bien se garder de vouloir extraire immédiatement le placenta ».

Cazeaux montre ensuite que dans la fausse couche se présentent de nombreux obstacles à l'issue du délivre : la

(1) CAZEAUX. *Traité de l'art des accouchements*, revu par Tarnier, 1870, pages 578 et suivantes.

forme cylindrique du canal cervical, la rigidité de ses parois, le volume exagéré du placenta, etc.

Ce sont là autant de raisons qu'il fait valoir pour conseiller d'attendre et de ne pas intervenir.

Nous arrêtons là nos citations d'auteurs français ; nous développerons plus longuement leurs théories en faisant en détail l'analyse et l'exposé des diverses méthodes d'expectation ou d'intervention, et nous terminerons ces esquisses historiques en donnant les diverses opinions des auteurs étrangers et en faisant aussi succinctement que possible la discussion et la critique de leurs différentes théories.

A l'étranger. — Au commencement de ce siècle, c'est en Allemagne que la méthode d'intervention est le plus en honneur.

Pour les accoucheurs allemands de cette époque, il semble en effet dangereux, et c'est pour eux un principe, d'abandonner un placenta et des membranes dans l'utérus, aussi, peut-on facilement s'en débarrasser grâce à l'antisepsie qui permet d'extraire le délivre à l'aide de tout espèce de moyen : grattage, curage, curettage, etc.

Ces principes, on va le voir, se trouvent soutenus dans leurs diverses méthodes.

Osiander (1) est un des plus énergiques partisans de l'action, de l'intervention même en l'absence de tout symptôme. Dans ses ouvrages il conseille avec conviction l'enlè-

(1) OSIANDER. Ursachen und Hülfanzeigen der unregelmässigen Geburt, 2^e édit., page 448.

vement des restes de l'œuf après l'avortement, avec cette réserve toutefois que dans certains cas l'urgence n'est pas absolue : « parce que le placenta ne peut se résorber, et qu'il craint plus d'ouvrir le col de force que de laisser de ces débris dans l'intérieur ».

E. Martin (1) et Duvullus sont aussi partisans de la méthode active. Ils veulent que l'on intervienne dès que l'avortement est commencé. Inutile pour eux d'attendre l'expulsion du fœtus qu'on peut au besoin extraire de force, parfois même en morceaux.

Scanzoni (2) recommande de ne pas extraire l'œuf en morceaux, mais de faire tous ses efforts pour l'avoir en entier. Pour lui le procédé de choix est l'extraction manuelle à condition que le col soit assez dilaté. On introduira deux doigts dans l'utérus, et si on ne réussit pas à extraire le placenta on emploiera la curette.

Si l'œuf est rompu, il sera bon de saisir la partie qui se présente, et d'extraire ce que l'on pourra.

Cet auteur considère l'ergot de seigle comme un médicament précieux.

J. Veit (3) n'hésite pas. Pour lui il faut extraire le placenta rapidement. Si le col est fermé, il faut le dilater avec une éponge préparée. On n'emploiera pas le tampon, parce que, dit-il, « il est peu certain, désagréable pour les malades, et n'est pas sans danger à cause de la putréfaction ».

(1) E. MARTIN. *Monatschrift*, Bd. 14, p. 181.

(2) SCANZONI. *Geburtshülfe*, 3^e édit., 1855.

(3) J. VEIT. Die Therapie der Verhaltung von Eiresten (*Arch. f. Gyn.*, t. I).

Lorsque le col est bien dilaté, il excite la face interne de l'utérus ou bien avec une sonde, comme l'ont fait Faquet et Fritsch, ou avec le doigt introduit dans l'utérus, la main libre pressant sur l'utérus. Suivant la méthode de Heyder et Kaltenbach, il exerce des tractions ou enfin il gratte avec la curette jusqu'à ce qu'il ait vidé complètement l'utérus.

Il fait ensuite des injections intra-utérines au perchlore de fer ou d'acide phénique à 5 pour 100.

Pour lui, la réussite est certaine et n'occasionne aucun accident consécutif.

Bœters (1) (1877) conseille un « procédé innocent qui ne nécessite pas de dilatation préalable » : c'est le grattage de la cavité utérine avec la curette de Simon. A la suite de ce grattage, on procédera au nettoyage et au drainage de cette cavité pendant quelques jours.

Munde (2) n'intervient avec la curette que lorsque le placenta ou les débris restants sont volumineux. Dans le cas contraire il préfère une curette mousse qui est pour lui l'instrument par excellence et qui a été décrit par Gaillard Thomas pour le curettage de l'utérus dans l'endométrite. Il cite deux observations suivies de succès.

Fehling (3) préconise le grattage comme ses prédécesseurs : on y ajoutera une injection intra-utérine d'une forte solution phéniquée. Pour intervenir, il attend que

(1) BËTERS. *Centr. für Gyn.*, n° 20, 1877.

(2) MUNDE. *Centr. für Gyn.*, n° 6, 1878.

(3) FEHLING. Ueber die Behandlung der Fehlgeburt (*Arch. für Gyn.*, XIII).

l'avortement soit décidément fatal, et on ne doit le faire que 12 ou 16 heures après l'expulsion du fœtus : « Si le col n'est pas dilaté, dit-il, on s'expose à faire des lésions internes, d'où absorption et infection : on est obligé d'avoir recours alors au drainage de l'utérus. Si le col est perméable on peut se servir de la curette comme de tous les instruments ».

Kuster d'Iéna recommande d'abord de grands lavages, puis procède ensuite au grattage à la curette pour empêcher les débris placentaires de donner lieu à des accidents ultérieurs, par exemple à des polypes fibreux.

Schwartz (1) propose, contre l'hémorragie de la rétention, un tampon qu'il laisse un ou deux jours en place et qui provoque l'expulsion du fœtus. S'il n'obtient pas de résultat, si le col n'est pas assez dilaté, il fait une injection intra-utérine de deux ou trois litres de liquide antiseptique, puis replace un nouveau tampon. Enfin en cas de nouvel insuccès il dilate le col avec une tige de laminaire ou un dilatateur métallique et fait l'extraction manuelle, sous le chloroforme. Pour lui, les doigts doivent seuls agir, car « les pinces ou instruments ne doivent intervenir que plus tard, en désespoir de cause ». En somme sa conduite peut se résumer ainsi : expectation. — Si hémorragie : tamponnement ; si apparition de signes d'infection : intervention digitale, et, en désespoir de cause, intervention instrumentale.

(1) SCHWARTZ. *Wolkmann's Sammlung*, n° 241 (1884).

En Angleterre et Amérique, ces procédés violents de grattage (1) sont en honneur, mais les interventionnistes deviennent de plus en plus rares et les partisans de l'expectation deviennent chaque jour plus nombreux.

En 1867, Ramsbotham (2) recommande de faire tous ses efforts pour extraire l'œuf en entier sans le morceler : son opinion est celle de Scanzoni.

Davis (3) prétend qu'il y a du danger à conserver dans l'utérus un placenta en décomposition, mais ne dit pas de l'extraire. Pour lui des injections intra-utérines d'eau très chaude sont suffisantes pour prévenir les accidents.

Churchill (4), Blundell sont des partisans de l'expectation tant qu'il n'y a rien de grave ; mais s'il se présente des cas exceptionnels ils interviennent alors.

Dans ses *Lectures of obstetrics* (1858), Tyler Smith conseille d'introduire la main dans le vagin et un doigt dans l'utérus. « Il ne peut guère se présenter de cas, dit-il, dans lequel l'embryon et les membranes ou débris de membranes retenus dans l'utérus, ne puissent pas être détachés et extraits avec le doigt. Le temps et la patience sont quelquefois nécessaires pour cette manipulation ; mais elle n'a jamais échoué que je sache ». Et il prétend n'avoir jamais vu d'accidents succéder à cette pratique.

Priestly (5) partage l'opinion de Tyler Smith ; pour

(1) *Grattage* = *ausgratzung* : veut dire gratter en enlevant le morceau.

(2) RAMSBOTHAM. *Obstetric, medicine and Surgery*, 5^e édition, 1867.

(3) DAVIS. *Principles and Practice of obstetric medicine* (1836).

(4) CHURCHILL. *Theory and practice of midwifery* (1866).

(5) PRIESTLY. *Transact. of the Obstetr. Society. London* (1861).

lui il faut intervenir au bout de six heures de rétention. On n'emploiera jamais l'ergot de seigle dans les cas de rétention.

Simpson après avoir abaissé l'utérus fait le curettage. Milne, Wilson sont aussi des partisans de l'intervention et conseillent et pratiquent l'extraction du placenta.

Macdonald (1) recommande l'intervention, mais seulement l'intervention digitale, et encore il faut, pour lui, qu'il y ait nécessité absolue.

Rasch, en 1878, présente à la *British medical Association* un instrument en forme de pince destiné à extraire le placenta. Inutile de dire que cet auteur recommande par-dessus tout l'intervention instrumentale.

Barnes (1874) (2) considère comme première nécessité pour l'accoucheur de vider l'utérus de son contenu, après dilatation, si nécessité il y a, bien entendu. Le tamponnement vaginal est pour lui complètement inutile.

Angus, Playfair (3) n'admettent que l'intervention digitale et n'interviennent que rarement, quand ils y sont forcés.

Lusk (1887) (4) recommande de vider l'utérus aussitôt que possible afin d'éviter les accidents consécutifs au séjour du placenta dans la cavité utérine.

Nous allons terminer cette longue énumération d'auteurs en citant les partisans de l'intervention qui ont sou-

(1) MACDONALD. *Obstetrical Journal of Great Britain* (1880).

(2) BARNES. *Obstetrics opérations*, 1874.

(3) PLAYFAIR. *Treatise on the science and practice of midwifery*, 1876.

(4) LUSK. *The science and Art of midwifery*, 1882.

tenu et préconisé cette méthode un peu dans tous les pays à des titres plus ou moins différents et autorisés : nous analyserons sommairement leurs théories et leurs méthodes.

Sullivan, après avoir essayé dans quelques cas la méthode d'expectation, dit n'en avoir obtenu aucun bon résultat ; s'il était intervenu, pense-t-il, il aurait eu plus de succès. D'où sa conclusion : intervenir rapidement et activement.

Bold préconise le curage qui lui a toujours donné de bons résultats : témoin de nombreuses observations.

Moyer est du même avis et cite 61 observations suivies de succès, un seul cas de mort. Aussi pour lui le procédé de choix est-il le curettage.

Macan, dilatation du col par un tampon. On fera ensuite un grattage et un lavage de l'utérus au sublimé.

Edis de Kent, irrigation antiseptique après dilatation du col.

Varner cite aussi des observations d'où il tire la conclusion que le seul et le meilleur moyen d'arrêter les hémorragies est de faire le curettage de l'utérus.

Anuschat recommande un moyen de traitement qui lui a réussi bien des fois. On introduit dans le col, au début de l'avortement, une éponge phéniquée préparée. On la laisse en place 8 ou 10 heures. On introduit ensuite une deuxième éponge qui doit rester 10 heures en place. Enfin on complètera la dilatation avec une troisième éponge ou en se servant du doigt. On ajoutera à ces moyens l'emploi de l'ergot de seigle que l'on donnera deux heures après. Enlever enfin l'œuf et laver avec solution phéniquée à 3 pour 100 avec une seringue.

Spiegelberg (1) est partisan de l'expectation, mais il préfère intervenir par l'expression utérine.

Hueter recommande le curettage de la cavité utérine. On enlèvera les débris qui restent ou le placenta en tirant sur la curette de haut en bas.

Mathews Duncan vide d'abord l'utérus avec le doigt et le débarrasse de tous les débris placentaires qu'il pouvait contenir, puis il fait des injections intra-utérines.

Bergesio est partisan du raclage. On fera ensuite des injections de teinture d'iode pure ou mélangée de glycérine. Il cite à l'appui de sa méthode des observations où il a obtenu d'excellents résultats à l'aide de l'intervention.

W. T. Cheatham se rend compte justement des dangers auxquels est exposée la femme lorsque le placenta est resté dans la cavité utérine, aussi recommande-t-il l'intervention. Il a inventé un instrument en forme de cuillère fenêtrée, ovale, dont les bords ne sont pas tranchants mais mousses. Avec l'aide de cet instrument, il détruit les adhérences de l'utérus avec le placenta et termine l'opération par l'extraction digitale ou instrumentale du placenta décollé. C'est donc un partisan de l'intervention.

Comme moyen d'hémostase, dans les cas d'hémorragie consécutive à la rétention, MARTINOW (de Saint-Petersbourg) préfère la curette à l'injection chaude intra-utérine. Il la trouve plus sûre et plus pratique.

Enfin Spondy relate de nombreuses observations où il est intervenu avec succès.

(1) SPIEGELBERG. *Lehrbuch*, 1877.

Nous aurons l'occasion en discutant et exposant les méthodes d'expectation et d'intervention, de retrouver tous les auteurs dont nous venons d'indiquer simplement les théories; nous pourrons avec plus d'intérêt qu'ici discuter leurs diverses opinions et apprécier leurs différentes méthodes.

Nous ne pouvons pas cependant terminer cet aperçu historique, sans citer les noms des auteurs qui, ces derniers temps, ont été partisans de l'intervention digitale ou instrumentale. Ce sera en quelque sorte un index certainement imparfait mais qui permettra au lecteur de compléter ses connaissances sur la question et à l'auteur de faire un exposé historique aussi complet que possible.

Nous citerons donc simplement les noms :

Allemagne. — *Fritsch, Rabenau, Huetes, Vert, Prochowritz, Osterloch, Pick (de Coblenz), Moser Konrad, C. Braun, Ploonies, Leopold Woltz, Kustner, Kuppenheim, Olshausen, Greuser, etc. (1).*

Angleterre. — *Robert Bell, Lawrence, Greely, Hewit, Murray, etc.*

Amérique. — *Warner, Hartwig, Sheck, Thomas, Næggerath, Boldt, Walthen, Chadurek, etc.*

Italie. — *Tibone, Cosentino, Fasola, Bompiani.*

(1) Cette dernière page d'index bibliographique est tirée en entier et résumée de la thèse de Lucas, 1896.

Russie. — Chomolgorow, Ghazan, Martinow, Lazarewitch, Jersykowsky, etc.

Suisse. — Vaucher, les deux Reverdin, Vuillet, Che-nevières, Patru, etc.

Belgique. — Fraipont, Walton, etc.

Nous arrêtons là nos citations et passons aux partisans de l'expectation.

Tous les auteurs dont nous venons d'analyser en quelques mots les théories et les méthodes ont émis les raisons les plus variées, cela se comprend, à l'appui de leurs opinions et de leurs procédés. Nous verrons, bientôt, en discutant les différentes méthodes, quels sont les arguments qu'ils ont fait valoir et ce qu'il faut en penser.

Aussi négligeons-nous à dessein les auteurs français modernes que nous retrouverons bientôt et que nous étudierons plus complètement de façon à tirer de leurs conseils et de leurs enseignements de sages règles de conduite.

Nous allons donc terminer ce chapitre par l'analyse rapide des théories des partisans de la méthode d'attente, de l'expectation.

En Allemagne. — Kehrer (1) est un des fervents admirateurs de la méthode d'expectation. Selon lui, il ne faut agir qu'à partir de la troisième ou quatrième semaine,

(1) KEHRER. *Klinische Beiträge zur vergl. exper. Geburtskunde.*

et il ne faut pas le faire, il ne faut pas intervenir tant que les lochies contiennent des agents infectieux, des microbes, même des lochies normales. Il serait donc imprudent, selon lui, de pénétrer dans l'utérus et il y aurait plus de danger à le faire qu'à attendre.

Schröder (1) défend d'intervenir et recommande d'attendre que le délivre soit expulsé. Il blâme toute intervention manuelle ou instrumentale.

Hegar, A. Martin (2) sont d'une méthode moitié active, moitié expectante, de même que Spiegelberg (*Lehrbuch*, 1822) qui est de leur avis.

Schwartz recommande l'expectation avec tamponnement.

Deutsche est partisan de l'expectation antiseptique. Pour lui on ne doit et il ne faut agir qu'en cas d'accidents de septicémie.

Tous ces auteurs, nous le voyons, n'ont pas une conduite franchement expectante et montrent dans leurs ouvrages beaucoup trop d'indécision.

En Angleterre, aux États-Unis, nous trouvons un plus grand nombre de partisans de l'expectation.

Meigs (3) considère l'expectation comme une méthode absolument exempte de tout danger et pour lui il vaut mieux confier la rétention aux soins de la nature qui s'en tirera toujours mieux que l'opérateur.

(1) SCHRÖDER. Traité, 5^e édit. (1877).

(2) A. MARTIN. Leitfaden der Geb. operationen (1877).

(3) MEIGS. Obstetrics the science and the art (1863).

Churchill (1) reconnaît qu'au début de ses travaux il a été indécis et timide, et que lorsqu'il est intervenu c'est bien qu'il y a été forcé : « Une plus grande expérience, dit-il, m'a fait moins craintif : je laisse la nature faire son œuvre dans ces cas : j'interviens quelquefois hâtivement, mais beaucoup plus à contre cœur ».

Hodge (2) est un peu du même avis : il veut bien attendre, mais, lorsqu'il ne peut pas faire autrement, à la dernière extrémité il intervient et extrait le placenta.

A moins d'hémorragie trop abondante et trop dangereuse il faudra toujours attendre : c'est la théorie de Leismann (3) et se tenir dans la réserve, l'expectation, si les membranes sont emprisonnées. Si l'on intervient, il faut tamponner le vagin, par exemple dans les cas d'infection : mais c'est pour lui un accident qui se présente très rarement.

Avant lui plusieurs accoucheurs avaient recommandé cette prudence en prévision des dangers d'une intervention, et Denman (4) écrivait ces lignes : « J'ai vu bien des cas où le placenta a été expulsé à différentes époques, la malade étant en parfaite santé..... On a à craindre beaucoup moins d'accidents de la rétention d'un placenta putride que de tentatives faites au moyen des remèdes ordinaires ou de l'intervention manuelle ».

C'était aussi l'opinion du Dr Walter Coles (de Saint-

(1) CHURCHILL. *Theory and practice of midwifery* (1866).

(2) HODGE. *A system of obstetrics* (1866).

(3) LEISMANN. *System of midwifery* (1875).

(4) DENMAN. *Introduction to midwifery* (2^e édit.).

Louis) (1) qui s'abstenait dans les cas ordinaires, les cas bénins, et n'intervenait qu'en cas d'urgence.

Pour lui, l'intervention était plus dangereuse pour causer l'inflammation de l'utérus que ne l'étaient la septicémie et l'hémorragie.

Burns partageait cette opinion et Dewees dans son (*System of midwifery*) soutenait qu'il était impossible d'intervenir: « Dans les cinq premiers mois, disait-il, la cavité utérine est beaucoup trop petite pour admettre la main ou deux doigts ou même un seul; en conséquence, toute tentative d'enlèvement du placenta faite avec la main seulement échouera presque toujours ».

Enfin Ingleby partageait cette opinion de Dewees et selon lui, avant le 6^e mois il est absolument impossible de chercher à extraire le placenta; on n'y réussirait pas.

Nous terminons ici ce long exposé historique du traitement de la rétention placentaire post-abortive; nous verrons plus en détail, à l'occasion des divers procédés de traitement, quels sont les auteurs qui les ont employés et les raisons qu'ils ont données pour défendre leurs théories et leurs méthodes.

(1) COLES (Saint-Louis). *Courrier of médecine* (1883).

CHAPITRE V

MÉTHODE D'EXPECTATION

Exposé. — Technique.

SOMMAIRE : Avant-propos. — Méthode d'expectation. — En quoi elle consiste. — Ses partisans. — Aperçu historique jusqu'à nos jours. — Analyses des ouvrages les plus récents reflétant les idées et théories des maîtres qui les ont inspirés. — Différents moyens employés par les expectationnistes pour combattre les accidents de la rétention placentaire. — Contre l'hémorragie : injections vaginales chaudes antiseptiques, tamponnement antiseptique. — Contre la septicémie : injections intra-utérines antiseptiques, irrigations continues. — Exposé.

Dans le long aperçu historique du chapitre précédent nous avons pu voir combien nombreux étaient les auteurs qui s'étaient préoccupés de la question du traitement de la rétention placentaire et nous avons conclu que toutes leurs méthodes pouvaient se ramener à deux principales : l'expectation sous le couvert de la plus sérieuse antiseptie, et l'intervention digitale ou instrumentale.

À l'étranger, comme en France, les opinions sont partagées, les auteurs divisés entre eux, aussi allons-nous étudier les diverses théories émises et soutenues de part et d'autre, et après avoir fait un historique sommaire de la question, nous en étudierons la valeur et en discuterons l'emploi. Nous pourrons ainsi avoir une plus grande vue d'ensemble, mieux apprécier, juger, et dégager des leçons et des travaux de nos maîtres contemporains des conclusions pratiques et de fructueux enseignements.

Nous allons donc dans ces deux méthodes, expectation et intervention, passer en revue les théories de leurs partisans et les divers procédés employés par eux.

Méthode d'expectation.

Le fœtus est expulsé, l'arrière-faix reste encore en totalité ou en partie retenu dans la cavité utérine et rien ne manifeste sa présence. Quelle conduite va-t-on tenir ? — Bien des auteurs, considérant d'un côté l'innocuité fréquente de cette rétention et d'un autre les dangers de l'intervention, préconisent la méthode toute d'attente, l'expectation, mais l'expectation suivie de la plus rigoureuse antisepsie. Leur pratique peut ainsi se résumer : attendre la sortie spontanée du placenta, se tenir prêt à combattre les accidents auxquels peut donner lieu cette rétention et chercher à les prévenir par tous les moyens antiseptiques possibles. Il nous faut cependant ajouter que ces partisans de l'expectation ne défendent pas d'intervenir, mais seulement lorsque se manifestent des accidents septicémiques ou hémorragiques.

L'école française moderne doit à cette méthode d'expectation de nombreux et importants succès, aussi la voyons-nous pendant longtemps en honneur parmi les maîtres de l'obstétrique moderne.

Un nombre infini d'ouvrages et d'écrits ont été publiés à notre époque ; ils reflètent tous les idées et les principes des partisans de cette méthode. Nous allons en faire ici une courte esquisse historique afin d'en dégager des con-

clusions et des observations susceptibles d'éclairer notre opinion.

Reprenons l'histoire de la question au point où nous l'avons laissée. Le P^r Pajot est un partisan de l'expectation. Malgré qu'il ait inventé spécialement une curette articulée, coudée à son extrémité dans le but d'extraire le placenta après l'avortement, il recommandait cependant de ne s'en servir que dans les cas et les circonstances absolument graves : autrement il fallait attendre toujours. Depaul voulait l'expectation la plus absolue. Bailly, dans son *Traité de l'avortement*, se déclarait aussi partisan de l'expectation et considérait l'ergot de seigle comme un excellent hémostatique.

Tant qu'il n'y avait pas de danger pressant, le professeur Charpentier (1) faisait de l'expectation et cependant disait que l'on pouvait dans certains cas extraire hâtivement le placenta lorsqu'il causait par sa présence de sérieuses complications. Notre maître, le P^r Tarnier, était partisan de l'expectation la plus rigoureuse. Il nous a enseigné pendant bien longtemps que l'on devait s'abstenir et en faisant des injections antiseptiques laisser faire la nature ; avec son autorité et sa grande expérience de l'hôpital et de la ville, il affirmait que les cas de morts étaient extrêmement rares, qu'il n'en avait jamais observé toutes les fois que l'on avait attendu sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale et sous le couvert de la plus rigoureuse antisepsie. Dans son service de la Charité,

(1) CHARPENTIER. *Traité pratique des accouchements*, t. I, 1883.

M. Budin a aussi préconisé l'expectation, vieille méthode autrefois bien bonne et aujourd'hui excellente, dit-il, grâce à l'antisepsie vaginale et intra-utérine. Toutes ces idées et théories de l'école française, nous les trouvons exposées et discutées dans les récents ouvrages et publications qui traitent ce sujet de la rétention pendant ces dernières années. Nous allons en faire l'analyse, de façon à mettre en quelque sorte cette question au point.

En 1876, Cordes (1), après avoir réfuté les opinions de l'intervention, termine son étude en disant : « Veillons, surveillons, restons dans ce que j'appelle l'expectation armée, prêts à agir au premier symptôme fâcheux ayant sous la main tout ce qui pourrait nous être utile pour écarter le danger. On n'enlève pas une tumeur qui peut devenir dangereuse, mais qui ne l'est pas actuellement et qui même n'est pas gênante..... Mais si le placenta est décollé, la scène change. Décollé, il peut se putréfier si l'antisepsie n'est pas faite régulièrement ; les lochies commencent à devenir odorantes, etc. Nous devons donc venir en aide à l'organisme impuissant quand il se produit des contractions utérines, quand la patiente perd du sang, quand la perte sanguine ou simplement séreuse roussâtre a une odeur putride. — Enfin, dit-il plus loin, je crois qu'il a été fait plus de mal par une intervention intempestive, violente ou maladroite, que par une expectation trop prolongée. »

En 1879, Gruson (2), dans sa thèse inaugurale après

(1) CORDES. Ret. du plac. après l'av. *Ann. de gyn.*, oct. 1876.

(2) GRUSON. *Thèse*, Paris, 1879.

avoir discuté cette question, arrive aux conclusions suivantes : le traitement devra être avant tout expectant. Expectant, quand il n'y aura aucun accident : il faut toujours bien se garder d'extraire le placenta s'il est déjà engagé dans le col ; le traitement sera expectant quand il y aura hémorragie : on se bornera alors au tamponnement ; expectant encore, s'il y a décomposition putride du délivre : les injections antiseptiques intra-vaginales et intra-utérines seront suffisantes. Enfin en cas d'accidents par trop graves on fera l'extraction du délivre avec la main qui sera du meilleur emploi.

En 1886. — Genesteix (1), inspiré par le P^r Budin, conclut lui aussi, après une intéressante discussion, à la méthode d'expectation qui a sur sa rivale la méthode d'intervention des avantages qui ne peuvent être contestés. A l'appui de sa thèse il cite de nombreuses observations.

La même année, Gerbaud (2) soutient, dans un excellent travail, que l'on doit toujours se renfermer dans l'expectation, quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle on se trouve et quelle que soit la durée de la rétention. Cette expectation doit être armée contre les accidents hémorragiques et infectieux par tous les procédés d'usage. Le traitement général ne sera pas négligé et parfois on sera autorisé à employer comme moyen d'expulsion du placenta la manœuvre de l'expression utérine.

En 1890. — Audebert (3), en l'absence de phéno-

(1) GENESTEIX. *Thèse*, Paris, 1886.

(2) GERBAUD. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

(3) D^r AUDEBERT. De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive, 1890.

mènes infectieux, se contente « d'antisepsie vaginale et intra-utérine, faite par les injections intra-utérines, lavages vaginaux, pansement iodoformé ou salolé de la vulve et du vagin ».

S'il se manifeste des symptômes d'infection on fera l'extraction digitale, mais si les phénomènes septicémiques sont généralisés on pratiquera le curettage antiseptique de la cavité utérine.

En 1891. — Bourgogne (1), dans sa thèse inspirée par le Pr Pinard, conseille : si le placenta est retenu dans la cavité utérine, d'attendre son expulsion tout en faisant des injections vaginales fréquentes et en maintenant à la vulve un pansement antiseptique. S'il survient de l'hémorragie, injections vaginales chaudes et fréquentes.

En 1891 également, Vibert (2), inspiré par le Pr Tarnier, est partisan de l'expectation antiseptique. La rétention sera traitée par des injections soit de permanganate de potasse à $\frac{1}{1000}$, soit d'eau phéniquée à $\frac{20}{1000}$, accompagnées de pansement salolé ou iodoformé à la vulve. Si infection, curage digital ; si septicémie généralisée, on fera le curettage en présence de l'imminence du danger.

D'autres travaux nombreux, tant en France qu'à l'étranger, sont venus apporter à la question de rétention des idées les plus variables, et tous ces auteurs partisans de l'expectation ont basé leurs opinions et leurs théories sur le fait que le placenta pouvait séjourner longtemps dans la cavité utérine sans occasionner d'accidents.

(1) BOURGOGNE. *Thèse*, Paris, 1891.

(2) VIBERT. *Thèse*, Paris, 1891.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, bien des fois cette rétention prolongée donne lieu aux accidents que nous avons déjà étudiés, l'hémorragie et la septicémie : quelle conduite tiendront dans ces cas les partisans de l'expectation ?

Ils emploieront, contre l'hémorragie : les injections vaginales chaudes, le tamponnement antiseptique : contre la septicémie : les injections intra-utérines antiseptiques et les irrigations continues.

Passons en revue et analysons ces divers moyens.

§ I^{er}. — Du tamponnement.

SOMMAIRE : Tamponnement *vaginal*. — De son utilité pour combattre l'hémorragie. — Historique du tamponnement. — Analyse des théories de ses partisans. — Objections. — Tamponnement *intra-utérin*. — Critique. — Il n'est pas infailible et parfois insuffisant. — Moyen prophylactique des accidents tardifs de la rétention. — Ce qu'il faut penser de ces opinions. — Conclusions. — Observations. — Traitement de l'hémorragie par l'éponge montée. — Observations.

L'on sait combien est dangereuse l'hémorragie, combien son apparition brusque et soudaine surprend l'accoucheur par sa rapidité et sa gravité et l'on a présents à l'esprit ces terribles moments que nous avons indiqués où les forces de la malade s'affaiblissent peu à peu jusqu'à l'issue finale au milieu de syncopes de plus en plus répétées et se terminant par la mort. Lorsque la femme, par le fait même de sa bonne constitution ou par suite d'un arrêt de la complication, a pu en éviter les graves conséquences, elle n'a pas été cependant sans éprouver à la suite de ces pertes successives de sang une profonde déchéance organique la rendant incapable de résister à l'action, à l'invasion des germes pathogènes de la septicémie. Par quels moyens éviterons-nous donc ces accidents, arrêterons-nous l'hémorragie ?

Beaucoup d'accoucheurs regardent le tamponnement vaginal comme un excellent hémostatique constituant un obstacle, une barrière infranchissable à l'écoule-

ment du sang, suscitant en même temps par sa présence les contractions de l'utérus, achevant par son contact la dilatation du col et enfin au bout d'un certain temps entraînant derrière lui, lorsqu'on le retire, le délivre emprisonné.

Ces avantages précieux ont été reconnus par beaucoup de partisans de l'expectation. Citons-en quelques-uns :

En 1866, Challier (1) en conseille l'emploi consécutivement avec l'ergot de seigle : c'est pour lui un excellent moyen d'hémostase. D'après lui voici quelle est l'action du tamponnement. Il a une double action : d'abord il s'oppose à l'écoulement de sang qui, en se coagulant, oblitère les vaisseaux, ensuite par sa présence il irrite le col et en détermine la dilatation qui aboutit à l'expulsion du délivre. Son emploi est préférable à celui de l'ergot.

Albert (1878) (2) considère comme seul moyen pratique d'hémostase en présence d'hémorragies placentaires le tamponnement du vagin, qui arrête la perte de sang et ses accidents consécutifs. Les reproches adressés au tamponnement sont pour lui excessifs et trop sévères : à ceux qui prétendent que le tampon n'a pour effet, la plupart du temps, que de transformer une hémorragie externe en interne, il répond : « Le tamponnement une fois opéré, le sang s'épanche encore en petite quantité dans la cavité interne : bientôt il se prend en caillots et ces caillots eux-mêmes oblitèrent les bouches vasculaires qui étaient la source même de l'hémorragie ».

(1) CHALLIER. *Thèse inaugurale*, Paris, 1866, page 16.

(2) ALBERT. *Thèse*, 1878, Paris, p. 41.

D'après Gruson (1) le tamponnement arrête l'hémorragie et expulse le placenta. On fait un tamponnement, au bout de quelque temps on l'enlève : derrière lui doit venir le placenta. En cas d'insuccès recommencer et avoir toujours des tampons prêts sous la main. Il cite deux observations de Pajot, je vais en résumer une : « Grossesse de 3 mois et demi, avortement. Rétention. Hémorragie grave, essai infructueux d'extraction manuelle, instrumentale ; l'écoulement continue. Tamponnement, arrêt de l'hémorragie, issue du délivre 28 heures après. Guérison. »

Goret (2) cite aussi des cas où l'hémorragie grave céda trois fois à des tamponnements et amena la sortie du placenta après 4 mois et demi de rétention.

Gerbaud (3) conseille de laisser le tampon en place au moins pendant 24 heures. Après ce temps il sera prudent de le retirer, pour deux raisons ; d'abord parce qu'il occasionne de la gêne à la femme et en second lieu parce qu'il peut devenir une cause, un foyer d'infection malgré toutes les précautions antiseptiques. L'hémorragie cesse par production de caillots et contractions utérines. Il préfère les injections d'eau chaude.

Genesteix (4) est du même avis et recommande aussi la plus rigoureuse antiseptie. Ce sont là, en somme, les opinions de ses devanciers mais avec en plus cette insis-

(1) GRUSON. *Thèse*, Paris, 1879, p. 31.

(2) GORET. *Loc. cit.*

(3) GERBAUD. *Loc. cit.*

(4) GENESTEIX. *Loc. cit.*

tance à recommander de sérieuses précautions antiseptiques.

Vibert (1) rejette le tamponnement car il est une menace, un danger d'hémorragie interne qui peut, dans certains cas où la femme se trouve dans un état accentué de faiblesse, amener une issue souvent fatale. Quant à susciter des contractions utérines par son contact c'est un peu illusoire. Il est de beaucoup préférable d'employer le procédé du curage digital.

Bourgogne (2) réfute les opinions de Leroux qui préconisait le tamponnement en ces termes : « Ce moyen est des plus simples, il n'exige pas une longue préparation, on le trouve sans peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opérer une digue à l'écoulement sanguin par le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupes, imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin et que l'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice lorsque les circonstances l'exigent. » Bourgogne ne partage pas son avis et dit qu'autrefois le tamponnement, faute de précautions antiseptiques, occasionnait des accidents septicémiques, mais qu'aujourd'hui si l'on prend des précautions sérieuses, en le pratiquant, ces dangers sont moindres. Il faut cependant le bannir et le rejeter de la pratique si l'on veut éviter les accidents qui l'accompagnent en général lorsqu'il est mal fait : lésions de la vulve, vagin, etc., qui sont des portes ouvertes à l'infection. Enfin il reproche au tampon de produire, lors-

(1) VIBERT. *Loc. cit.*

(2) BOURGOGNE. *Loc. cit.*

qu'on le laisse trop longtemps : la rétention d'urine, l'arrêt des matières fécales, etc.

Son opinion nous semble bien pessimiste.

De Coste (dans sa thèse de Montpellier, 1896) recommande de n'employer le tampon qu'au pis-aller, lorsqu'on ne pourra pas faire autre chose et que tous les autres moyens auront échoué. Il servira surtout en cas d'urgence comme tampon d'attente en quelque sorte permettant de faire les préparatifs d'une médication plus active.

Les adversaires du tamponnement disent encore que la femme ne peut pas toujours supporter le tamponnement assez longtemps pour parer efficacement aux accidents hémorragiques qui reparaissent de plus belle une fois qu'il a été enlevé. Disons enfin avec eux que le tamponnement, comme nous l'avons vu plus haut, est une cause d'infection lorsqu'il a été fait sans aucune précaution antiseptique et qu'il est souvent insuffisant pour combattre l'hémorragie et qu'il faut recourir à d'autres procédés (voir observations). Pinard et ses élèves le rejettent à cause des dangers d'infection qu'il peut occasionner.

Quelques auteurs, en présence de certains cas où le tamponnement vaginal était resté sans succès, ont préféré s'adresser au *tamponnement intra-utérin* pour combattre l'hémorragie.

Nous avons vu dans l'exposé historique que Dührssen l'avait préconisé : Van Aubel (Belgique), Auvard (1) Frai-

(1) AUWARD. In travaux d'obstét., t. II, p. 149.

(2) ROLAND. *Archives de tocologie*, 1890.

(3) Auteurs cités par Lucas, *loc. cit.*

pont, Roland (2) et Oui (3) en France en avaient montré de beaux résultats, le préférant au tamponnement vaginal.

Pour que ce tamponnement puisse être fait, il faut que le col soit dilaté suffisamment et il est justiciable des mêmes reproches que le tamponnement vaginal.

Pour Tarnier, le tamponnement n'est pas un procédé infailible, parfois même il a été suivi de mort soit « par septicémie, dit-il, soit par pénétration du sang ou de l'iodoforme dans les trompes et la cavité péritonéale ».

Rappelons à ce propos l'observation citée par Tarnier de M. Bar, où dans un tamponnement à l'iodoforme pour hémorragie du post partum, on trouva à l'autopsie des cristaux d'iodoforme dans toute la longueur de la trompe. Citons en terminant l'opinion de MM. Chaleix-Vivie et Audebert (1) qui conseillent à la suite du curage digital ou instrumental, le tamponnement de l'utérus qui sera le seul moyen, pour eux, de mettre la malade à l'abri de la possibilité d'une hémorragie soudaine et parfois pleine de dangers. Ce traitement est pour eux facile et d'une prophylaxie parfaite.

Inutile d'indiquer ici la technique du tamponnement que l'on trouve exposée dans tous les traités d'accouchement.

Disons, comme conclusions à ce long chapitre, que le tamponnement vaginal est précieux dans certains cas d'urgence car la plupart du temps il donne une hémostase immédiate. Presque tous les reproches qu'on lui a adressés et que nous avons exposés ici tombent d'eux-mêmes si

(1) CHALEIX-VIVIE-AUDEBERT, *loc. cit.*

l'on a soin de faire un tamponnement à peu près parfait et complet, accompagné des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Nous aurons ainsi un excellent moyen d'urgence nous permettant de préparer une médication plus radicale en cas de retour d'accidents.

Nous donnons ici deux observations dans lesquelles le tamponnement a été employé. On voit que dans l'une il a réussi à faire cesser l'hémorragie et provoquer l'expulsion du délivre; dans l'autre il a été insuffisant pour empêcher la septicémie et on a dû avoir recours au curettage utérin.

OBSERVATION

Avortement à 2 mois 1/2. — Rétention du délivre. — Hémorragie, tamponnement. — Expulsion spontanée. — Le troisième jour, guérison.

Le 4 août 1892, on vient me chercher à 11 heures du soir, de la part de mon excellent et regretté maître le Dr Battle, pour une de ses clientes, M^{me} Ch..., domiciliée rue du Bayle.

Quatre grossesses antérieures, toutes terminées à terme par la naissance d'enfants vivants; la première remonte à 1874, la dernière date de 6 ans. — Santé habituelle bonne.

Dernières règles les 15-17 mai 1892.

Le 4 août, course assez fatigante dans une voiture mal suspendue. Le soir, à 6 heures, en rentrant chez elle, M^{me} Ch... ressent des douleurs dans les reins et le bas-ventre; à 9 heures et demie du soir, elle commence à perdre assez abondamment.

Quand je la vis deux heures plus tard, je la trouvai littéralement baignée dans le sang. Faiblesse et pâleur extrêmes; syncope après mon arrivée. Par le toucher vaginal je sens l'orifice externe du col ouvert et à travers, faisant saillie, une petite portion de l'œuf. Il me fut impossible de découvrir l'embryon parmi

les caillots expulsés: on me dit qu'on avait jeté, avant ma venue, un certain nombre de ces derniers.

N'ayant pas d'eau chaude à ma disposition, je fis le tamponnement du vagin avec de la ouate salolée, après l'avoir débarrassé des caillots à l'aide d'une injection phéniquée.

Rhum, thé. Le poulx se relève un peu, l'hémorragie semble bien arrêtée.

Le 5, à 9 heures et demie du matin, le tampon est enlevé. Plus d'hémorragie, le délivre tarde de plus en plus à sortir de l'utérus. Cathétérisme vésical. On ne remet plus de tampon. Trois grandes injections vaginales avec de l'eau phéniquée chaude sont faites dans la journée.

Le 6, apyrexie: pas d'odeur.

Le 7 au matin, les annexes ovulaires sont expulsées spontanément. Apyrexie, toujours injection phéniquée. Le 8, journée bonne.

Le 9, la malade est prise subitement, à 8 heures du matin, d'une douleur vive dans le ventre. Celui-ci est légèrement ballonné.

Pas d'envie de vomir. Poulx à 80. Température à 38°,5; écoulement utérin insignifiant, sans odeur.

Comme il n'y a pas eu de selle depuis l'avortement, on administre un lavement huileux qui amène une abondante évacuation.

Le soir, la malade se déclare bien mieux.

Le 10, température 37°,2 — 37°,3; poulx, 76; ventre souple, presque douloureux.

Les suites ont, dès lors, évolué sans le moindre incident. (*Communiquée par le D^r Puech. — Prise dans la thèse de Coste, Montpellier, 1896.*)

OBSERVATION

Insuffisance du tamponnement.

L..., 30 ans, entre le 14 octobre 1891, salle Gosselin, à l'hôpital Saint Louis, service de M. le Dr Marchand, pour une fausse couche de 3 mois environ, faite dans les premiers jours de septembre. Depuis, pertes abondantes.

Le 14 octobre, malade véritablement exsangue. Pas de température. Col dilaté comme 5 francs. L'utérus est volumineux. On sent un placenta non entièrement décollé, dans le col. *Sur les conseils d'un accoucheur*, on pratique, après un grand lavage au sublimé, un *tamponnement intra-utérin* et vaginal, dans l'espoir que le placenta se détachera ainsi tout seul, sous l'influence des contractions provoquées par le tampon.

Le 16 octobre la malade va très bien. Pas de température ni d'hémorragie.

Le 17 octobre *violent frisson* le matin; la température s'élève brusquement à 39°,4.

Le tampon est enlevé; il *sent très mauvais*, bien qu'il ne soit en place que *depuis 48 heures*. Le placenta n'est nullement décollé.

On pratique alors le curettage, et l'écouvillonnage de l'utérus. La température revient rapidement à la normale. (*Tirée et résumée de la thèse de Guidez, de Lille, 1894. — Prise dans Lucas, Thèse, 1896.*)

Comme procédé se rapprochant beaucoup du tamponnement qui souvent l'accompagne, nous croyons utile de citer ici l'opinion de divers auteurs qui ont recommandé *l'éponge montée* comme traitement de l'hémorragie et de la rétention placentaire. Elle agirait d'après eux un peu comme

le tamponnement en suscitant les contractions utérines, en dilatant le col, contractions qui arrêtent l'hémorragie et font expulser le placenta.

En lisant quelques-uns de ces auteurs je trouve un travail de E. Kreis (1), 1872, sur ce genre de procédé ; je vais le résumer en quelques mots : aussitôt qu'apparaît l'hémorragie, l'expulsion du placenta s'impose. Dans ce but il faut employer l'éponge montée. Celle-ci par une action mécanique agrandit l'orifice interne de l'utérus, suscite des contractions énergiques de cet organe en l'excitant et arrête l'hémorragie. Une ou deux éponges que l'on applique peuvent suffire. L'expulsion du placenta se fait souvent très rapidement, quelquefois elle peut être lente et accompagnée d'hémorragie : dans ce cas on fera le tamponnement du vagin. Kreis cite deux cas où il se servit avec succès de l'éponge.

(1) EDWIN KREIS. Der Pressschwamm ein Mittel zur spontanen Ausstossung der nach Abortus in toto Zurückgehaltenen placenta. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1872), IX, 309-311.

§ II. — Des injections vaginales.

SOMMAIRE : Emploi précieux et pratique des injections vaginales. — Comment agissent-elles ? — Leurs effets. — Objections. — Action peu durable. — Indications. — Leur utilité. — Observations.

Pour combattre les accidents hémorragiques, les injections vaginales chaudes ont été bien des fois d'un précieux secours, et ont donné souvent d'excellents résultats pour prévenir les accidents dus à la résorption des produits de putréfaction retenus dans la cavité utérine. Au milieu du siècle dernier, Recolin et Levret ont préconisé, contre l'hémorragie du début, les injections vaginales chaudes. Depuis, l'eau n'étant plus suffisante, on a employé les liquides les plus variés : eau boriquée, phéniquée, sulfate de cuivre, liqueur de Labarraque, permanganate de potasse, sublimé, etc., dont nous verrons toute la valeur et l'action au chapitre de l'antisepsie. Au point de vue de l'hémorragie et de la septicémie, les bons résultats obtenus par les injections vaginales chaudes, la facilité du procédé à la portée de tous, sa simplicité, en ont fait un des moyens les plus rapides et les plus employés dans les cas d'accidents réclamant des soins immédiats et urgents. On fait d'abord une toilette vulvaire antiseptique, on vide le vagin des caillots qui le distendent et l'on fait une injection d'environ 45 à 50°. — Cette injection chaude arrête l'hémorragie, elle suscite la contraction des fibres de l'utérus, de plus, le

jet de la canule en frappant le col de l'utérus peut quelquefois, si les adhérences du placenta ne sont pas trop fortes, les rompre, amener le décollement du délivre et son expulsion au dehors.

Les injections agissent donc ici non seulement comme moyen d'hémostase, mais encore comme excitant l'utérus et favorisant son évacuation.

Les indications sont ici à peu près les mêmes que pour le tamponnement vaginal qui est employé parfois alternativement avec elles jusqu'à obtenir un résultat favorable en présence d'un accident quelconque.

L'action des injections vaginales n'est malheureusement pas assez durable, n'est que passagère et dans bien des cas elles sont insuffisantes mais ne sont jamais inutiles car elles peuvent parfois supprimer les élévations de température chez des femmes présentant des commencements d'odeur des lochies, de l'élévation de température, en un mot le début des accidents septicémiques : « Quand il y a lieu, dit Bar (3), d'accuser les plaies de la vulve, de la muqueuse vaginale d'être les portes d'entrée du poison, quand il n'existe rien d'anormal du côté de l'utérus, il faudra procéder à la désinfection du vagin et modifier les plaies. Ici les injections vaginales rendront les plus grands services. »

Il est bien entendu que ces injections vaginales seront faites avec des liquides antiseptiques ou tout au moins de l'eau bouillie stérilisée, comme nous le verrons plus loin.

(1) BAR, Cité par Ribemont, Dessaigne et Lepage, *loc. cit.*

Dans bien des cas, ces injections ont suffi à arrêter des hémorragies commençantes et enrayer la marche, le début de phénomènes infectieux : elles rendent encore de très grands services. Elles sont du reste, en général, suivies dans ces cas, d'injections intra-utérines plus radicales, mais aussi moins inoffensives.

Ci-joint une observation où ce traitement fut suivi de guérison.

OBSERVATION

Avortement de 3 mois 1/2. — Injections vaginales chaudes. — Guérison.

M^{me} V..., 24 ans, 2-pare, demeurant à Montpellier, pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels.

1^{re} grossesse à 20 ans, normale, accouchement à terme.

Cette femme, d'après les renseignements, était au 3^e mois de sa grossesse lorsque le samedi 2 février, se trouvant à table le soir, elle fut prise de coliques intermittentes de plus en plus fréquentes et intenses. Ces coliques s'accompagnèrent bientôt d'hémorragie. Pendant la journée du dimanche les coliques continuèrent sans interruption ainsi que l'hémorragie qui devint de plus en plus abondante.

Le lundi 4 février, même état. Le D^r Lavergne, appelé, trouve la femme inondée de sang, le vagin plein de caillots, le col béant, l'œuf non engagé.

Irrigations vaginales très chaudes au phénylsalol.

La femme est amenée à la clinique le lendemain matin mardi.

5 février. — La perte est maintenant moins abondante, le col largement ouvert, et dans son orifice le placenta engagé est facilement accessible. Pas de fièvre. Injections vaginales antiseptiques, chaudes, trois fois par jour.

Mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8, même état, suintement négligeable : pas de fièvre.

Dimanche soir 10 février, perte assez abondante, survenue brusquement et au cours de laquelle le placenta est expulsé spontanément avec quelques coliques. Ce placenta pesait 25 grammes.

Le col s'est refermé progressivement. On n'a plus observé d'écoulement sanguin. La femme est restée apyrétique et n'a plus présenté aucun accident. Elle quitte la clinique le 13 février, très bien portante. (*Tirée de de Coste, thèse, Montpellier, 1896*).

§ III. — Des injections intra-utérines.

SOMMAIRE : Insuffisance des injections vaginales dès l'apparition des moindres signes d'infection. — Utilité dans ces cas des injections intra-utérines. — Critique. — Reproches s'adressant plutôt aux accoucheurs qu'à la méthode elle-même. — Mode opératoire des injections intra-utérines. — Température de l'injection. — Quantité. — Liquides antiseptiques employés. — Leur emploi doit être raisonné et prudent. — Accidents possibles. — Choix d'une sonde intra-utérine. — Eau chaude stérilisée employée en injections. — Observations.

Si l'on voit apparaître quelques accidents septicémiques, même imperceptibles, si la température monte légèrement, si les lochies, sans devenir fétides, changent d'odeur, il faut aussitôt se mettre en garde contre de redoutables complications ; et alors ici, les injections vaginales ne suffisent plus, il faut avoir recours aux injections intra-utérines antiseptiques qui préviendront l'apparition des accidents de l'infection purulente.

Ce sera le rôle des injections intra-utérines. :

Comment agissent les injections intra-utérines ?

En suscitant les contractions de l'utérus, en resserrant et en rétractant la tunique des vaisseaux, d'où arrêt de l'hémorragie. Ces contractions répétées et prolongées finissent par détacher le placenta, hâtent la délivrance et enfin entraînent au dehors les débris placentaires en putréfaction qui infectent l'utérus : on voit donc son influence sur l'hémorragie et la septicémie.

Au point de vue pratique, l'injection intra-utérine est une opération bien plus délicate que l'injection vaginale et n'est pas toujours sans dangers; elle demande à être faite avec prudence et asepsie. On a reproché aux injections intra-utérines bien des accidents qu'on a dit leur être consécutifs, tels que, par exemple, pénétration du liquide injecté, de l'air, dans le péritoine, dans les trompes, entrée dans la circulation par les sinus veineux, intoxication par les liquides employés, accidents nerveux, convulsions, syncope, mort rapide, mort subite, etc.

Nous croyons que ces reproches sont exagérés et que certainement la plupart du temps la responsabilité de ces accidents ne revient pas à la méthode elle-même mais bien aux accoucheurs qui pourront toujours les éviter en employant des procédés guidés par le bon sens et la prudence. On pourra ainsi bénéficier des avantages de ce mode de traitement qui a fourni bien des fois des résultats merveilleux.

Elles nous seront particulièrement précieuses pour arrêter parfois le développement d'une infection légère au début ou combattre énergiquement parfois une hémorragie redoutable.

Comment doit se faire une injection intra-utérine, quel en est le mode opératoire ?

On mettra la malade dans la position obstétricale, au besoin elle pourra rester allongée dans son lit le bassin relevé. Après avoir fait un lavage de la vulve et donné une injection vaginale, l'opérateur dont les mains sont aseptiques fait pénétrer l'index et le médius de la main droite dans le vagin; le médius va à la recherche du col

du canal cervical et y pénètre doucement (1) tandis que l'index recourbé s'insinue dans le cul-de-sac antérieur et presse sur la face antérieure de l'utérus pour corriger l'antéversion. Le médius doit guider la sonde qui pénètre peu à peu dans l'utérus. La sonde doit entrer sans violence dans l'utérus comme un cathéter dans l'urètre ; elle éprouve parfois une certaine résistance et difficulté à franchir l'orifice interne.

On a préalablement amorcé la sonde en y faisant passer un certain courant de liquide pour en expurger l'air.

L'injection est faite doucement, sans trop de pression, une main tenant la canule, l'autre appuyée sur l'utérus et surveillant s'il ne se distend pas outre mesure. Si le liquide ne revient pas aussitôt, ne pas s'effrayer outre mesure, c'est que la sonde est comprimée par l'utérus au moment d'une contraction, et empêche le liquide de couler. L'utérus donne la sensation d'un corps globuleux et dur.

Pour débarrasser l'utérus de ses caillots, imprimer à la sonde des mouvements de diduction qui brassent le liquide et en facilitent le retour (Pinard).

L'injection sera faite à la température de 40° environ ; mais si on veut lui donner des propriétés hémostatiques, on en élèvera la température à 48 ou 50°. La quantité de liquide injecté sera d'environ 1 litre et demi ; dans certains cas où une plus grande irrigation sera nécessaire on prolongera les injections jusqu'à ce que le liquide qui était très sale au début ressorte de l'utérus avec sa couleur normale,

(1) D'après Ribemont, Dessaigne et Lepage, *loc. cit.*

par exemple dans les cas de rétention de caillots, de débris de membranes et placenta. L'injection intra-utérine terminée, on fait une toilette et un pansement vulvaire antiseptiques comme chez toutes les accouchées.

Avec quels liquides antiseptiques ferons-nous l'injection intra-utérine ? — Tarnier ajoute une grande importance à cette question et attribue la plupart des accidents causés par les injections intra-utérines à la pénétration du liquide antiseptique dans les sinùs utérins et de là dans la grande circulation. Après avoir passé en revue (1) les divers antiseptiques journellement employés il s'arrête à deux ou trois qui selon lui peuvent être employés avec succès et sans dangers. Certains antiseptiques, tels que acide phénique, sulfate de cuivre, perchlorure de fer, employés en injections intra-utérines sont parfois fort dangereux et peuvent donner lieu à des accidents mortels et à la mort subite ; tandis que si l'on a soin d'éviter de laisser pénétrer l'air dans les sinus utérins et si l'on fait un choix raisonné des antiseptiques, on peut employer sans danger les injections intra-utérines qui sont alors inoffensives et rendent d'énormes services. On emploiera donc de préférence l'iode à la dose de 2 à 3 grammes pour 1000 ou le permanganate de potasse à 0,25 ou 0,50 pour 1000. L'iode pour Tarnier doit être à tous les points de vue placé au premier rang.

Quant aux sondes employées pour ces injections elles varient avec chaque accoucheur ; nous nous con-

(1) TARNIER. Asepsie et antiseptie.

tenterons de les citer : les plus connues sont celles de Tarnier, Pinard, Budin, Doléris, Mathieu, Collin, etc., qui présentent toutes des avantages plus ou moins réels : les plus simples, croyons-nous, sont les meilleures et nous pensons qu'entre les mains de gens peu familiarisés avec les injections intra-utérines, la sonde à double courant, dite en fer à cheval, de Budin, sera d'un maniement facile et inoffensif. Nous préférons même à cette sonde celle de Champetier de Ribes qui est construite sur le même modèle et qui peut être rendue facilement aseptique puisqu'elle est en verre.

N'oublions pas de rappeler en terminant que l'eau à employer pour les injections doit être filtrée et bouillie de façon à être aussi aseptique que possible.

Il est difficile dans la pratique de la ville, pour bien des raisons, d'avoir de l'eau stérilisée et à la température voulue, encore plus d'avoir à sa disposition un appareil comme celui que Tarnier a fait installer à la Clinique et qui permet d'avoir constamment de l'eau stérilisée à 45°. Grâce à cet appareil l'eau est d'abord portée à une température de 180° sous pression, puis donne cette eau stérilisée froide à 16° et chaude à 80°, en mélangeant les deux à parties égales ou à une température de 48° qui est la température moyenne des injections.

Nous rapportons ici deux observations de guérison d'accidents hémorragiques et infectieux par les injections intra-utérines au permanganate de potasse et au sublimé.

OBSERVATION

Avortement. — Rétention du placenta pendant cinquante-huit jours. — Hémorragie sept jours après la délivrance. — Délivrance naturelle. — Traitement par les injections intra-utérines au permanganate de potasse. — Guérison.

La nommée X... primipare, âgée de 17 ans et demi, couchée d'abord au lit n° 3, puis salle des accouchements, lit n° 24. Les dernières règles ont eu lieu le 28 juillet. Le 15 décembre, perte de sang peu abondante mais qui continue tous les jours jusqu'au 28 décembre. Quelques jours auparavant, elle s'était fait arracher une dent, c'est là, d'après elle, la cause de cette hémorragie ! Sans admettre d'une façon absolue l'opinion de cette femme à ce sujet, nous pensons qu'en général, on doit interdire aux femmes enceintes de se faire arracher une dent. Et notez que souvent elles réclameront l'intervention d'un dentiste, car pendant la grossesse, la carie dentaire est fréquente. On doit, disons-nous, éviter ce léger traumatisme par suite de la perturbation morale qu'il amène chez les femmes grosses.

29 décembre. — Elle entre à la clinique.

L'utérus a le volume ordinaire, elle souffre seulement de petites coliques.

1^{er} janvier 1890. — Elle expulse un fœtus de 450 grammes. Le placenta est retenu.

L'utérus remonte encore très haut, à moitié chemin entre le pubis et l'ombilic.

On lui fait de fréquentes injections (toutes les trois heures) avec un antiseptique dont l'emploi répété ne peut amener comme les sels de mercure, ni de l'intoxication, ni de l'inflammation comme l'acide phénique : le permanganate de potasse.

A la vulve pansement iodoformé.

Cet état se prolonge fort longtemps.

La ligne thermométrique absolument normale, reste entre 37°,4 et 37°,6.

Pas d'hémorragie, pas de douleurs, santé excellente.

4 février 1890. — Expulsion d'un liquide brunâtre analogue à du chocolat ou à du marc de café de mauvais aloi.

Les injections ressortent tantôt claires, tantôt teintées par le liquide en question.

Est-ce l'issue en détail du placenta.

Le liquide recueilli, mis dans un bocal, laisse au fond du vase un résidu solide. Même état jusqu'au 21 février.

Ce jour-là, la malade veut absolument partir, il est impossible de l'en dissuader, mais elle est prévenue qu'une hémorragie viendra bientôt la forcer à rentrer.

Le soir même de sa sortie, 21 février, sous l'influence de la marche ou d'une autre cause se déclare l'hémorragie prédite.

27 février. — A son atelier, elle est prise d'une autre hémorragie très abondante qui la force à rentrer à l'hôpital ; le soir même à neuf heures, elle expulse son placenta.

Il avait eu 58 jours de rétention. Le placenta n'était nullement altéré, simplement décoloré, blanc jaunâtre. Il était replié, contourné de façon à ce que sa surface utérine fût en entier étalée. On ne trouvait aucun vestige de cordon ou de membranes, qui avaient dû être dissociés, et avaient fourni les matériaux solides en suspension dans le liquide dont nous avons parlé.

Les cotylédons étaient bien marqués.

L'aspect général était, à s'y méprendre, celui d'une cervelle de mouton. Il n'y avait pas la moindre odeur.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est cette rétention du placenta pendant 58 jours, sans amener d'accidents immédiats.

A peine a-t-on constaté une hémorragie au moment de l'expulsion du placenta.

Des accoucheurs hardis et audacieux n'auraient évidemment pas hésité à employer la curette. (*Tirée de la thèse de Vibert, 1891*).

OBSERVATION

Avortement incomplet. — Infection. — Injections intra-utérines. Guérison.

M^{me} M..., 33 ans, quartipare, fait le 13 juillet 1894 une fausse couche de trois mois. Aucun soin antiseptique. Elle croit que tout a été expulsé. Le 16, elle se sent mal à l'aise; céphalalgie. Le lendemain 17, frissons; elle remarque que ses pertes sentent mauvais.

Le 18, même état.

Le 19, nous sommes appelé auprès d'elle. T.: 39°; P.: 120. Utérus douloureux à la pression de sa face antérieure et de sa corne gauche. Écoulement sanguin assez abondant et d'odeur fétide. Longue injection vaginale avec une solution chaude de sublimé à 25 centigrammes pour 1,000, puis injection utérine avec la sonde de Doléris. Il sort un fragment placentaire de mauvaise odeur et de nombreux débris de petit volume. Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

20 juillet: le matin, T.: 38°; P.: 96. Injection vaginale puis utérine. Le liquide ressort sale, boueux. Le soir, T.: 38,5, P.: 100. Même traitement. Une heure après, sort spontanément avec une notable quantité de sang, un morceau de placenta, gros comme une noix, sentant mauvais.

21 juillet: le matin, T.: 37,6. Même traitement. Le soir, T.: 37,5. Le liquide de l'injection utérine est à peine chargé de débris. L'utérus a diminué de volume. Encore un peu de douleur localisée à la pression de la corne gauche.

Le 22: T.: 37,2. Le matin et le soir, même traitement.

Aucune douleur à la pression de l'utérus, qui est presque rentré dans l'excavation pelvienne. On cesse les injections utérines. La guérison a été rapide et complète.

Cette malade n'a plus souffert du ventre depuis. Elle est redevenue enceinte et a accouché dans de bonnes conditions en mai 1896. (*Tirée de Chaleix-Vivie et Audebert.*)

§ IV. — De l'irrigation continue.

SOMMAIRE : Leur principe. — Leurs premiers partisans. — A l'étranger. — En France. — Technique opératoire. — Disposition de l'appareil irrigateur et du lit. — Précautions à prendre. — Quel liquide injecter ? — Sa quantité. — Sa température. — Durée de l'irrigation. — Son but. — Indications et résultats. — Conclusions. — Observations.

Nous avons vu à quels accidents on était exposé en pratiquant les injections intra-utérines et les reproches qu'on leur a adressés, aussi plusieurs auteurs se sont-ils demandés si en conservant le principe de ces injections mêmes on ne pourrait pas en modifier l'emploi et l'application pratique : c'est de cette idée qu'est né le procédé de l'irrigation continue.

Son premier partisan est Schucking (1) qui s'en est servi non seulement comme moyen curatif des accidents mais aussi pour prévenir les complications possibles du post partum. Il procédait ainsi : un drain métallique percé de nombreuses ouvertures était adapté à l'extrémité d'un cathéter, métallique également. Le tout était entouré de gaze phéniquée pour permettre au liquide désinfectant d'être en contact avec toute la paroi du canal, on faisait ensuite couler dans cet appareil une solution à 10 pour 100

(1) SCHUCKING. Ein Urtheil Lister' uber die permanente irrigation. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1879.)

de sulfate de soude et à 5 pour 100 de glycérine. S'il se produisait de l'infection on ajoutait au premier liquide une solution phéniquée à 3 pour 100. Après chaque opération on désinfectait l'instrument, toutes les 12 heures environ.

Citons encore Lœvenstein, Schrœder, etc., qui ont obtenu d'excellents résultats de ce mode de traitement.

Longtemps abandonnée, l'irrigation intra-utérine a été tout récemment remise en honneur en France par le P^r Pinard et Varnier qui ont voulu appliquer à l'obstétrique ce procédé jusqu'alors employé seulement en gynécologie. Les résultats obtenus ont été excellents et cela, certainement grâce au mode opératoire employé et à l'appareil irrigateur. Dans un article publié il y a quelques années (1), ces accoucheurs nous ont exposé longuement et minutieusement l'appareil et le procédé à employer pour pratiquer l'irrigation continue. Nous allons le résumer en quelques mots.

On place sur un lit en fer à sommier flexible deux matelas repliés sur eux-mêmes et placés bout à bout laissant au milieu du lit, entre eux, un interstice. Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé entre les deux matelas et dirigent le liquide dans un récipient placé sous le lit. Cette ingénieuse disposition peut être appliquée partout et tous les lits peuvent servir à cet usage. Ainsi nous avons un lit qui permet à la femme de

(1) PINARD et VARNIER. Traité des infections puerpérales. — De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales. (*Ann. de gynéc.*, déc. 1885 et janvier 1886.)

supporter un décubitus dorsal prolongé, et facilite d'autre part l'écoulement continu du liquide qui a servi à l'irrigation.

Quant à l'appareil irrigateur il est formé d'un réservoir en verre ou en porcelaine contenant environ 15 litres et placé au-dessus du lit à environ 50 centimètres (1) et relié à la sonde intra-utérine par un tube en caoutchouc muni d'un robinet pour régler le débit du liquide. La sonde en argent ou en étain sera fixée autour du bassin de la femme par deux ficelles. — Tout étant disposé ainsi on fait coucher la femme et on introduit la sonde avec toutes les précautions d'antisepsie et de douceur ordinaires.

On ouvre le robinet du tube et l'injection commence. Elle doit être continue, c'est-à-dire que le récipient doit être toujours plein et une personne doit spécialement en surveiller le débit qui lui-même doit être lent et régulier. Quel liquide emploiera-t-on pour cette irrigation ? On se sert en général, d'abord pendant un quart d'heure ou une demi-heure, d'une irrigation de bi-iodure de mercure à 1 pour 4,000 (2). Quand le canal est bien lavé on le remplace par une solution phéniquée à 1 pour 100 et l'on continue ainsi jusqu'à ce que la température soit descendue à la normale et s'y maintienne ou que les urines deviennent noires au moment de leur émission. Il est bon alors de remplacer l'acide phénique par une solution boriquée à

(1) D'après Ribemont, Dessaigne et Lepage.

(2) PINARD et VARNIER emploient aujourd'hui une solution saturée de naphтол 6 à la température de 35° à 40°.

saturation. En cas d'insomnie et de douleur, avoir recours aux injections hypodermiques de morphine.

Telle est la technique de l'irrigation continue préconisée par MM. Pinard et Varnier qui sera employée par eux, en résumé, dans deux cas différents : d'abord comme traitement prophylactique chez une femme chez laquelle on a pratiqué l'embryotomie sur un fœtus mort et putréfié, puis fait la délivrance artificielle, et surtout si l'on n'est pas bien sûr de l'asepsie pendant l'opération. L'irrigation devra durer deux ou trois jours et en l'absence d'accidents fébriles on cessera l'irrigation mais on continuera à surveiller la femme. En second lieu, on emploiera l'irrigation si la femme a présenté déjà quelques symptômes d'infection comme : frisson, odeur légère des lochies, élévation de température.

Dans ce cas, on pratiquera l'irrigation jusqu'au retour de la température à la normale.

Avec ce procédé, on obtient en général d'excellents résultats, mais il est cependant des cas où l'élévation de température ne lui cède pas et que la fièvre continue. On a alors recours à une intervention plus rapide, comme le curettage, par exemple, qui permet d'arrêter rapidement la marche de l'invasion septicémique. Ci-joint deux observations d'irrigation continue suivie de succès.

Disons en terminant que dans quelques cas ce procédé a donné lieu à des accidents semblables à ceux causés par les injections intra-utérines. On aura donc soin de la pratiquer avec beaucoup de prudence et d'être prêt à la cesser au moindre signe d'accidents nerveux, de syncopes ou de convulsions. On la reprendra plus tard au besoin.

Cette méthode, malgré certains avantages réels qu'elle présente, n'est pas d'un emploi facile et commode, aussi n'est-elle pas encore rentrée complètement dans la pratique.

OBSERVATION

Extraite des registres de la clinique d'accouchements de Bordeaux.

Communiquée par M. le D^r Moissous.

Avortement de 3 mois. — Rétention du placenta. — Hémorragie. — Tamponnement. — Septicémie. — Irrigation continue. — Guérison.

Marguerite Ju..., vingt-cinq ans, mariée, est entrée à la clinique de Bordeaux, le 2 mai 1887, à midi.

Bonne santé habituelle, bien réglée. Deux accouchements à terme, normaux; deux enfants vivants présentant le sommet.

Le 20 avril 1887, elle est prise d'une perte de sang qu'elle croit être ses règles (car elle ignore sa grossesse). Mais cette perte est plus abondante que les mois précédents et elle persiste jusqu'au samedi 30 avril. A onze heures du matin, elle ressent de vives douleurs dans le bas-ventre et dans les reins; la perte augmente et trois heures après a lieu l'expulsion d'un embryon, que la sage-femme qui l'assistait en ville, dit être d'environ trois mois. Le placenta est retenu. Après l'avortement, l'hémorragie redouble. La sage-femme administre alors de l'ergot de seigle à une dose ignorée, fait le tamponnement, et n'enlève le tampon que le lendemain 1^{er} mai, dans la matinée; ce jour-là, pas d'hémorragie. Mais le 2 mai, nouvelle perte très abondante, syncope. M. le D^r Lefour, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, appelé, pratique le tamponnement et l'envoie à la clinique, après lui avoir fait plusieurs piqûres d'éther.

2 mai. — A son arrivée, on constate un affaiblissement extrême; les téguments sont pâles, le visage exsangue, le pouls filiforme.

Punch et vin de quinquina.

3 mai. — A neuf heures du matin, on enlève le tampon mis la veille. Injections vaginales au sublimé.

Le col est entr'ouvert; une partie du placenta est engagée. Pas de perte ni de douleurs.

T. m. 38°, 2.

Injections vaginales toutes les deux heures.

4 mai. — Placenta au niveau du col; on enlève quelques fragments qui exhalent une odeur infecte.

T. m. 39°. P. 132.

Quelques débris placentaires sont encore extraits, mais la masse principale paraît fortement adhérente à l'utérus.

T. s. 39°. P. 136.

On établit à cinq heures du soir une irrigation continue dans la cavité utérine, d'abord avec de l'eau légèrement additionnée de sublimé, puis avec de l'eau pure.

Irrigation toute la nuit.

5 mai. — De volumineux fragments de l'arrière-faix ont été expulsés. La sonde est maintenue en place et on continue l'irrigation.

T. m. 38°. P. 120.

Le soir, quelques douleurs dans le bas-ventre et fréquentes envies d'uriner.

T. s. 39°, 6.

A dix heures du soir, on supprime l'irrigation.

6 mai. — La malade a dormi paisiblement toute la nuit; les douleurs ont complètement disparu.

T. m. 38°. P. 110.

T. s. 38°, 8. P. 120.

Toute la journée, injections vaginales et, à trois reprises, injections intra-utérines.*

7 mai. — Les injections vaginales ramènent des débris placentaires, petits, mais assez abondants.

T. m. 39°, 8. P. 128.

A dix heures matin, frisson intense d'une durée d'une demi-heure environ.

T. à dix heures du matin : 40°, 6.

On se décide à reprendre l'irrigation continue, et la sonde est remise en place à une heure du soir.

T. s. 39°, 2. P. 126.

8 mai. — On continue l'irrigation toute la journée. L'eau sort très claire.

T. m. 38°, 8. P. 116.

T. s. 38°.

On cesse l'irrigation à huit heures du soir.

9 mai. — La malade a passé une très bonne nuit.

T. m. 37°.

Alimentation abondante et prise avec plaisir.

Depuis ce jour, la température ne s'est jamais élevée au-dessus de 37°, 5.

Marguerite Ju... quitte la clinique le 15 mai, dans un état satisfaisant. (*Tirée de l'ouvrage d'Audebert: de l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive, 1890.*)

OBSERVATION

Avortement de cinq mois. — Accidents de septicémie enrayés par l'irrigation continue avec une solution phéniquée au 1/100°.
— Issue d'un cotylédon placentaire du volume d'une noix, non putréfié.

D..., Marie, 27 ans, cuisinière, entre, le 10 janvier 1886, dans le service de M. Pinard. Deux accouchements antérieurs à terme. Bien conformée, d'une bonne santé habituelle, bien réglée tous les mois pendant quatre ou cinq jours. Elle a eu ses dernières règles le 8 août. Aucun accident pendant la grossesse.

Le 11 janvier, à 8 heures du soir, rupture spontanée des membranes. A l'entrée, on avait trouvé le col non effacé, perméable. Sommet.

Pas d'hémorragie; quelques contractions douloureuses. Injection sous-cutanée de morphine, lavement laudanisé. Appari-

tion des premières douleurs le 12 janvier, à 9 heures du soir. Terminaison spontanée le 12 à 11 heures 50 du soir, après deux heures de travail. L'enfant est du sexe féminin; il a vécu un quart d'heure. Poids, 750 grammes.

Délivrance naturelle, le 13 janvier, à minuit 45. Hémorragie après la délivrance. Injections chaudes. Le placenta paraît normal.

13. — A 8 heures et demie du soir, frisson d'une demi-heure. T. 40°. P. 120. Écoulement sanguinolent, sans odeur. Ventre non douloureux spontanément ou à la pression. Rien n'explique l'élévation de la température. L'état sanitaire du service est parfait. Les femmes accouchées le même jour par la même sage-femme ne présentent et n'ont présenté les jours suivants aucune élévation de température.

A 9 heures du soir, on commence l'irrigation continue avec solution phéniquée à 1/100°. A 2 heures du matin, 41°; puis la température tombe brusquement, et à 8 heures du matin, le lendemain, elle atteint 36°,9. Etat général et local excellents.

14. — Le maximum thermique est 37°,7. On continue l'irrigation avec solution phéniquée à 1/200°.

15. — Le matin, 35°,8. Vomissements bilieux, fourmillement des extrémités; P. 80; douleur épigastrique. Urines brunes, noirissant rapidement. Ni bourdonnements d'oreilles ni éblouissements. Rien d'inquiétant. On substitue à la solution phéniquée la solution boriquée à 3/100°. A 10 heures du matin, issue (entre la canule et le col) d'un cotylédon placentaire non putréfié, du volume d'une noix. (*D^r Pinard, Maternité de Lariboisière. — Tirée de la thèse de Gerbaud, 1886*).

§ V. — Du drainage de l'utérus.

SOMMAIRE : Son principe. — Description du procédé employé autrefois. — Ses partisans. — De nos jours : drainage complément du curettage. — Comment procède-t-on ?

Il nous faut dire un mot ici d'un procédé relevant directement de l'irrigation continue dont il n'est qu'un mode varié en quelque sorte, et qui est le drainage de la cavité utérine. Partant de ce principe, plusieurs auteurs avaient préconisé ce mode de traitement qui est aujourd'hui complètement abandonné,

La découverte en revient à Schede (1) qui le premier en montra les avantages. Après lui, Veit (2) en fut un partisan fidèle et en soutint énergiquement les avantages et l'utilité ; ce fut lui qui en vulgarisa l'emploi. Beaucoup d'autres auteurs les employèrent avec succès ; on peut résumer ainsi leurs opinions : grâce au drainage, l'utérus reste toujours perméable et les liquides septiques enfermés dans la cavité utérine peuvent facilement s'écouler au dehors. Pour drainer, on employait un tube de caoutchouc plus ou moins rigide qui faisait communiquer

(1) SCHEDE. Ueber die Drainage der Uterus (In : *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1877).

(2) VEIT. Ueber Drainage der Puerperalen erkrankten Uterus, *id.*, 1879.

l'utérus avec le dehors. De nos jours, quand on fait maintenant un drainage, c'est en général à la suite d'un curetage. C'est alors à l'aide d'un ruban, d'une mèche de gaze iodoformée ou salolée antiseptique que l'on introduit dans l'utérus et qui pend dans le vagin. Disons enfin que ce procédé n'est plus employé aujourd'hui et se trouve remplacé par l'irrigation continue qui constitue un drainage permanent de la cavité utérine.

Avec ce dernier procédé nous terminons ici l'exposé des moyens de traitement employés par les partisans de la méthode d'expectation.

CHAPITRE VI

MÉTHODE D'INTERVENTION

Exposé. — Technique.

SOMMAIRE : Avant-propos. — Méthode d'intervention. — En quoi elle consiste. — Son évolution jusqu'à nos jours. — Divers procédés employés. — Médicaments ecboliques. -- Définition. — Avantages. — Accidents occasionnés par leur emploi. — Ergot de seigle. — Sulfate de quinine, etc.

Le placenta retenu dans la cavité utérine, même en l'absence de tout accident, ne tarde pas à devenir un danger permanent d'hémorragie et d'infection, aussi faut-il à tout prix, sans tarder, en débarrasser la malade de façon à la mettre à l'abri, pour le présent et l'avenir, de toute complication septicémique ou infectieuse. Tel est, en deux mots, le résumé de la méthode d'intervention.

Nous avons vu, au chapitre de l'historique du traitement, quels étaient les partisans de l'intervention, comment ils défendaient leurs théories et combien dès le début leur action était prématurée et intempestive. Ils ont mis ensuite dans leur traitement un peu plus de raison et de prudence et, grâce à la plus grande sagesse des accoucheurs et au bienfaisant appui de la méthode antiseptique, les accidents terribles et imposants auxquels donnait lieu autrefois l'intervention, ne sont plus autant à craindre aujourd'hui. Malgré l'opinion de beaucoup d'auteurs, et des plus auto-

risés, on reconnaît généralement aujourd'hui qu'une intervention à propos et faite suivant les règles de la plus stricte antisepsie ne peut être, dans bien des cas, que salutaire et efficace.

Les procédés les plus divers ont été employés par les partisans de l'intervention pour parer aux accidents possibles consécutifs à la rétention placentaire. Nous allons les étudier en suivant graduellement les diverses périodes de la délivrance artificielle, en allant par conséquent de la simple intervention médicale jusqu'au procédé plus compliqué mais aussi plus sûr de l'intervention chirurgicale. Nous allons donc exposer successivement ici et analyser en les discutant tous les modes d'intervention des partisans de cette méthode : médicaments ecboliques, tamponnement, expression utérine, injections, extraction du délivre, curage, curettage, écouvillonnage, etc., etc., qui seront chacun l'objet d'une étude spéciale que nous ferons aussi succincte et aussi complète que possible.

§ I. — Médicaments ecboliques.

De tout temps, on a employé un certain nombre de médicaments pour hâter la délivrance et pour la susciter en éveillant et en déterminant les contractions de l'utérus. On leur a donné tantôt le nom d'ocytociques (du grec *ὠκύς*, prompt, et *τόκος*, accouchement) tantôt celui d'ecboliques (de *ἔκβαλλειν*, pousser hors de). Ces deux mots ont à peu près la même signification et sont employés indifféremment : mais nous emploierons de préférence la seule expression d'ecboliques qui nous semble mieux appropriée ici. Ces médicaments ont rendu parfois de réels services et sont appelés encore à en rendre beaucoup et, si pendant longtemps on les a bannis de la thérapeutique puerpérale, c'est pour les accidents graves et souvent répétés qu'en avait produit un usage intempestif et immodéré. Aussi sont-ils restés longtemps sans avoir, dans la pratique, droit de cité.

Ergot de seigle.

SOMMAIRE : Son action sur les fibres lisses de l'utérus. — Action sur les vaisseaux. — Par quel mécanisme arrête-t-il l'hémorragie ? — Son emploi. — Ses dangers. — Indications pour l'employer. — Contre-indications. — Opinions diverses. — Autres médicaments echoliques. — Sulfate de quinine, etc. — Observations.

On a longtemps mal compris, ou du moins mal interprété l'action de l'ergot de seigle sur la structure musculaire de l'utérus ; de là un emploi immodéré et peu à propos, produisant par conséquent dans bien des cas des résultats tout à fait opposés à ceux que l'on désirait obtenir.

On a considéré l'ergot de seigle comme pouvant agir de deux façons sur l'utérus, aussi l'a-t-on employé dans deux cas différents : pour combattre l'hémorragie, pour susciter la contraction utérine. Par quel mécanisme agira-t-il et comment cette double action se manifestera-t-elle.

L'ergot de seigle a un pouvoir réel, lorsqu'il est employé, de déterminer la contraction de toutes les fibres musculaires lisses de l'organisme, c'est-à-dire de tous les muscles de la vie organique. Il agira donc sur tous les organes qui contiendront de ces muscles lisses et en déterminera la contraction, entre autres celle de l'utérus. Les vaisseaux sanguins contiennent eux aussi des fibres musculaires, l'ergot de seigle produira leur contraction. Nous voyons déjà, en tenant compte de ces conditions

anatomiques et physiologiques, quelle sera l'action de l'ergot de seigle et son utilité pour arrêter l'hémorragie et susciter la contraction des muscles de l'utérus. A l'état de gravidité, les muscles lisses de l'utérus, qui sont en très grand nombre dans cet organe se sont considérablement accrus et ont pris un développement exagéré. Il est facile de comprendre combien l'action de l'ergot pourra se manifester sur un organe ainsi hypertrophié et en suscitant ses contractions amener facilement l'expulsion de son contenu.

C'est cette propriété de l'ergot, qui justement, disons-le en passant, en fera rejeter l'emploi dans la rétention placentaire. Sur les vaisseaux sanguins, l'ergot agit en contractant et resserrant leurs tuniques et par conséquent en produisant l'arrêt de l'hémorragie : c'est l'opinion de tous les auteurs qui en ont fait usage et la raison de cet emploi.

Nous avons vu dans l'exposé historique quels étaient les auteurs qui l'avaient préconisé et ceux qui l'avaient combattu. Reprenons en quelques mots nos citations au point où nous les avons laissées.

Challier, dans sa thèse, 1866, recommande l'emploi de l'ergot et prétend que ce sont les médecins américains, tels que Prescott, Chapman, Hosak, Stearns, Dewees qui ont les premiers préconisé ce médicament et en ont obtenu toujours de bons effets. Pour eux, c'est en diminuant le calibre des vaisseaux que l'ergot arrête l'hémorragie. Ils n'ont pas cependant grande confiance dans les cas où l'on veut détacher le placenta retenu et ne l'emploient jamais dans ce but.

Albert (1878) considère l'ergot comme tétanisant l'utérus et faisant violemment se contracter les parois de la

matrice et, mieux que ses prédécesseurs, il se rend compte et il explique ainsi très bien son action. Si l'utérus est vide, dit-il, ou bien ne contient que quelques caillots mous, sans consistance et dureté, le résultat de l'action du seigle sera la contraction qui oblitérera les vaisseaux béants et pourra même parfois chasser les caillots ; mais si, au contraire, le placenta adhère à la matrice plus ou moins fortement, le muscle utérin ne sera pas assez fort pour détacher ces adhérences et le placenta au lieu de sortir *sera retenu*, d'où le danger. A l'appui de son opinion il cite des faits nombreux où l'administration du seigle donna lieu à de graves accidents et entre autres le fait curieux où un médecin fit prendre à sa malade *neuf* grammes d'ergot pour faire expulser un placenta abortif retenu. Inutile d'ajouter que le résultat fut la mort de la femme par phlébite infectieuse.

Nous pourrions longuement encore continuer nos citations, mais nous ne ferions que des répétitions des mêmes idées exprimées de façons différentes, disons que ce qui précède est en quelque sorte le résumé des opinions de tous les auteurs qui ont traité cette question. Ainsi donc on emploiera l'ergot de seigle si l'on veut obtenir la contraction utérine, mais ce sera un emploi bien dangereux dans le cas d'avortement. Nous savons, en effet, que l'ergot agit sur le col et le corps de l'utérus et son action serait favorable si ces deux parties étaient également développées au point de vue musculaire ; mais à ce moment, au début de la grossesse le tissu musculaire du col est plus développé que celui du corps, par conséquent, si nous administrons l'ergot nous ferons contracter inégalement le corps et le

col, celui qui sera le plus développé (le col) se contractera davantage et au lieu d'amener l'expulsion, il produira en se refermant énergiquement une rétention plus complète.

La conséquence de cette médication aboutira donc à une rétention plus étroite et à la production de la putréfaction et l'apparition des accidents consécutifs à la septicémie.

Pour toutes ces raisons, nos maîtres ont rejeté dans ces cas l'emploi de l'ergot et si quelquefois on en fait usage, c'est avec discernement et prudence et seulement pour s'opposer à l'hémorragie et lorsque l'utérus est vidé de son contenu, d'où le précepte de Pajot : « Tant que l'utérus renferme quelque chose, enfant, placenta ou caillots, ne donnez jamais d'ergot ». Tarnier disait : « L'interdiction du seigle ergoté pendant l'avortement est un des axiomes de l'obstétrique ». Nous croyons donc prudent de ne pas l'employer, de « proscrire sans réserve son emploi, car l'on sait et nous venons de voir combien il est dangereux d'y avoir recours quand la délivrance n'est pas terminée » (Bar) (1).

Nous ne pouvons pas après des conseils aussi autorisés faire autrement que de partager cette manière de voir.

L'ergot n'est pas le seul echolique qui ait été employé. On a proposé encore des succédanés de ce médicament, tels que sulfate de quinine, rue, sabine, rhubarbe, digitale, essence de térébenthine, borax, chanvre indien, etc., que l'on a considérés comme pouvant susciter les contractions

(1) BAR. *Thèse d'agrég.*, 1886, p. 175.

utérines et produire l'expulsion. L'action de ces médicaments est plus ou moins réelle et semblable à celle de l'ergot. On ne les emploie que rarement, car ils peuvent parfois occasionner de très graves accidents et cette perspective dangereuse n'est pas compensée par des résultats satisfaisants.

Entre tous nous en retiendrons un seul, le *sulfate de quinine*, qui semble avoir donné de bons résultats pour amener l'expulsion du délivre. Grâce aux récents travaux et recherches de plusieurs auteurs contemporains, tels que Miraschi (de Salonique), Cordes (de Genève), Schwab (en France), l'emploi du sulfate de quinine revient peu à peu en honneur. Nous l'avons vu employer bien des fois avec succès et nous discuterons à la fin de ce travail quels sont les avantages de ce médicament, comment on peut l'employer, et ce qu'on est en droit d'en attendre : discussion qui nous amènera dans nos conclusions à en recommander l'emploi comme ecbolique, c'est-à-dire comme agent pouvant susciter les contractions de l'utérus et expulser au dehors le placenta abortif retenu dans la cavité utérine.

Ci-joint deux observations : l'une où le seigle ergoté a amené l'expulsion du placenta, l'autre où il a occasionné la mort.

OBSERVATION

Avortement à trois mois. — Rétention. — Emploi du seigle ergoté. — Succès.

M^{me} O..., multipare, âgée de 32 ans, n'a plus eu ses règles depuis trois mois. Depuis trois jours, elle éprouve des douleurs qui irradient de la région dorsale vers les hanches. Un léger

écoulement existe depuis. Au jour actuel, elle éprouve des douleurs utérines pendant plusieurs heures. Un fœtus de dix semaines trouvé engagé dans le vagin en est retiré. Le placenta est senti dans l'orifice utérin; pas d'hémorragie. P. 120, T. 120° F. Traitement: ergot de seigle et injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine.

Le lendemain matin, le placenta est à la même place. P. 72, T. 98° F. Ergot et morphine comme la veille. Le soir, le placenta est encore senti dans le col. Hémorragie légère; P. 96, T. 99°,5 F. Je passai rapidement mon doigt autour de la circonférence de l'orifice interne du col, entre lui et le placenta; mais pas d'autre intervention manuelle. Ergot et morphine sont continués.

Le surlendemain, le placenta a été expulsé vingt minutes après ma dernière visite. P. 90, T. 98°,5 F. La malade eut une convalescence rapide. (*Boston Med. and. S. Journ.* t. XXXIX, 1884, Dr Branneau. Tirée de la thèse de Gerbaud).

OBSERVATION

(Professeur PAJOT).

Administration intempestive d'ergot. — Délivrance impossible à pratiquer. — Infection putride. — Mort.

Il y a quelque deux ou trois ans, je fus appelé, à 8 heures du soir, dans la rue de l'Ouest, pour délivrer une femme que son médecin avait accouchée le matin vers 4 heures. A mon arrivée auprès de la malade, ce médecin me raconta qu'une demi-heure après l'accouchement, qui avait été très normal, du reste, il avait opéré des tractions pour faire la délivrance, et que le cordon s'était rompu. Redoutant pour l'accouchée les manœuvres manuelles, il lui avait administré 2 grammes d'ergot de seigle, en quatre paquets, à deux reprises différentes, et, malgré ce moyen, disait-il, le placenta n'avait pas été expulsé. J'introduisis deux doigts dans le vagin, et je trouvai l'utérus et le col forte-

ment contractés. L'orifice était complètement fermé; il n'y eut pas possibilité d'introduire un seul doigt dans la matrice.

Je prescrivis des lavements laudanisés, comme j'ai l'habitude de les formuler, c'est-à-dire :

1° Lavement avec eau froide, 150 grammes, que la malade rendra ;

2° Un second lavement avec : laudanum de Sydenham, XV gouttes, eau froide, 60 grammes, que la malade gardera ;

3° Frictions sur le col avec onguent belladonné.

Rien n'y fit, le col ne se rouvrit pas. Au huitième jour, la malade mourut d'infection putride. (*In thèse de Gerbaud, Loc. cit*).

§ II. — Expression utérine.

SOMMAIRE : Méthode d'origine française. — Comment Mauriceau l'avait comprise. — Ses partisans. — Manœuvre de Crédé. — Avantages. — Critique. — *Tamponnement*. — *Injectons chaudes*.

Ce ne serait que justice d'attribuer la découverte de cette méthode à Mauriceau qui, au xvii^e siècle, la préconisa le premier en donnant d'excellents conseils au sujet de la délivrance. Cette méthode qui, cependant, porte le nom de méthode de Crédé est pourtant d'origine toute française. Voici comment Mauriceau décrivait son procédé : on exercera, disait-il, des tractions bien dirigées sur le cordon, puis « si l'on rencontre (1) une plus grande difficulté à la chose, on pourra, au besoin, après avoir reconnu de quel côté l'arrière-faix est situé, commander à une garde bien avisée de presser légèrement, avec le plat de sa main, le ventre de l'accouchée le menant doucement en bas, comme par manière de friction, et ayant égard surtout à ne pas le faire trop rudement. Mais si pour tout cela on ne peut encore l'avoir, on sera obligé de porter la main dans la matrice ».

La méthode de Crédé n'est qu'une variante de celle de Mauriceau ; on l'emploie peu en France, mais beau-

(1) MAURICEAU. Maladie des femmes grosses et des accouchées.

coup en Angleterre, Amérique et Allemagne, où de nombreux auteurs en ont obtenu d'excellents résultats. Elle fut oubliée quelques années, puis Crédé en 1853 l'enseigna à ses élèves et s'en fit le chaleureux défenseur. A quoi sert cette méthode ? — Son but est de renforcer les contractions utérines et d'aider ainsi l'utérus à chasser le placenta le plus vite possible.

Voici comment Crédé expose sa méthode : « On applique la main sur l'utérus après l'expulsion du fœtus et l'on se borne à faire quelques légères frictions sur la plus grande surface possible de l'utérus, puis, quand on sent l'utérus se contracter, on saisit avec une main ou les deux le fond de l'utérus et quand la contraction est arrivée à son summum d'intensité, on presse sur le fond et sur les parois en le poussant vers le petit bassin. Tout l'arrière-faix et le sang coagulé sont expulsés hors des organes génitaux, puis l'utérus revient sur lui-même à une hauteur normale. Presser sur l'utérus non en contraction est une faute et cela ne conduit pas au but ».

Faisons la critique de cette méthode en disant que son emploi n'est guère indiqué dans le cas de rétention après l'avortement et si elle a certains avantages, c'est au moment de l'accouchement à terme pour éviter les ruptures du cordon, hâter le décollement du placenta, détruire peut-être quelques légères adhérences avec la paroi utérine et éviter les dangers d'infection en ne nécessitant pas l'introduction du doigt dans les organes génitaux. Ce qui est utile à terme ne l'est pas dans l'avortement. Le placenta au moment de l'accouchement est volumineux et parfois l'expression peut achever son décollement et l'expulser au

dehors, mais dans l'avortement il ne faut pas oublier qu'aux premiers mois les parois de l'utérus sont épaisses, moins facilement contractiles, et ici l'expression ne sera pas d'une grande utilité et ne suffira pas pour provoquer la sortie du délivre ; du reste les auteurs qui ont recommandé l'expression utérine, n'avaient pas en vue l'époque de l'avortement, et un de ses partisans, A. Martin (1), par exemple, en Allemagne, a dit que, les premiers mois, pour extraire le placenta, il valait mieux avoir recours au curetage de l'utérus qui était plus pratique. L'expression utérine est certainement un moyen inoffensif mais ne donne guère de résultats, aussi n'est-elle pas employée dans le traitement de la rétention.

(1) A. MARTIN. Leitfaden der operativen geburtshulfe, Berlin, 1877.

§ III. — Tamponnement.

Le tamponnement a été employé tant par les partisans de l'intervention que par ceux de l'expectation. Nous en avons vu l'usage, le mode opératoire et discuté la valeur. nous n'y reviendrons pas.

Disons simplement que le tamponnement, pour les partisans de l'expectation, constitue un excellent moyen de conjurer l'hémorragie dans la rétention du placenta en suscitant les contractions utérines, tandis que pour les interventionnistes il est rarement employé. Quelques auteurs ont associé son emploi à celui de l'ergot de seigle. Nous n'insisterons pas.

§ IV. — Injections chaudes.

L'étude de ces injections a été faite dans l'exposé de la méthode d'expectation à laquelle elles appartiennent plutôt. On a vu qu'elles agissent de deux manières, en prévenant et en combattant les accidents septiques et en facilitant dans quelques cas l'expulsion du placenta. Il s'agit, bien entendu, ici, de l'injection chaude antiseptique intra-utérine qui resserre la tunique des vaisseaux, arrête l'hémorragie, et par son action prolongée, ramollit peu à peu le col, ce qui facilite l'expulsion. Nous avons expliqué longuement tout cela, nous n'y reviendrons pas.

§ V. — Extraction du délivre.

SOMMAIRE : Recherche d'un moyen pratique et sûr d'extraire directement le placenta. — Discussions. — Conclusions. — Extraction digitale. — Extraction instrumentale. — *Dilatation préalable du col*. — Comment et avec quoi il faut la faire. — Ses résultats. — Divers procédés de dilatation. — Attendre : le délivre peut quelquefois sortir après la dilatation. — Observations.

Après avoir essayé, mais en vain, de produire l'expulsion du placenta à l'aide des moyens que nous venons d'indiquer, beaucoup d'auteurs ont pensé qu'il serait peut-être plus pratique et plus sûr d'aller directement à la recherche du placenta et de l'extraire soit avec la main, soit à l'aide d'un instrument.

Tous les partisans de la méthode furent d'avis de supprimer cet hôte dangereux de l'utérus, mais lorsqu'il fallut chercher un moyen de le faire, de part et d'autre s'élevèrent des contestations et des discussions sans nombre, pour défendre tel ou tel système, tel ou tel procédé d'extraction. Examinons les divers moyens qui ont été proposés.

Puisque tous sont d'avis de pénétrer directement dans la cavité utérine, il est d'abord nécessaire que le col soit suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt ou de l'instrument qui pénétrera à la recherche du délivre. On sait en effet, qu'en général, jusqu'au cinquième mois, il n'est guère possible à la main de pénétrer tout entière dans la cavité utérine, aussi, se contentera-t-on d'introduire

un ou deux doigts, ou un instrument quelconque, et d'aller à la recherche du placenta, le décoller et enfin l'amener au dehors.

Deux cas peuvent donc se présenter ; ou bien le col est dilaté et perméable, ou bien il est resserré et refermé. Dans ce dernier cas, il sera donc nécessaire, avant de chercher à pénétrer, de procéder à une dilatation préalable.

Cette étude sera donc divisée en trois parties :

Dilatation du col ;

Curage avec le doigt (curage digital) :

Curage instrumental (curettage).

§ VI. — Dilatation du col.

Avant de procéder à l'extraction du délivre avec le doigt ou l'instrument il est nécessaire, avons-nous dit, si le sol est resserré et imperméable, d'en faire la dilatation préalable qui permettra plus facilement d'y pénétrer. Dans ce but on a employé les agents les plus divers.

Citons les tiges de *laminaria digitata*, les éponges préparées, inventées par Bruninghausen (1820), qui une fois introduites augmentent de volume par imbibition et dilatent peu à peu le col, etc., etc. Nommons à titre de curiosité quelques accoucheurs qui ont recommandé d'introduire simplement le doigt puis deux, puis trois en agissant progressivement et avec douceur, parmi eux, par exemple, Aveling (1). Ils disent avoir obtenu de ce procédé d'excellents résultats.

Ce sont là des moyens peut-être parfois pratiques mais peu actifs, incomplets et ne permettant d'agir que lentement; mieux vaut en général avoir recours à des procédés plus rapides, plus expéditifs, en présence de certains cas qui dans l'avortement ne permettent pas d'attendre et réclament une intervention immédiate. Vient alors toute la série des dilateurs : ballons excitateurs remplis

(1) AVELING. *Obstetrical transaction*, 1876.

de liquides, de Barnes, de Champetier de Ribes, de Bois-sard, de Tarnier, les bougies graduées d'Hégar en métal ou en verre, l'écarteur trivalve de Tarnier, etc.

Dans tous les traités d'accouchements on en trouvera la description et le mode d'emploi et l'on n'aura qu'à choisir dans le nombre celui que l'on trouvera le plus rapide et le plus facile à employer suivant les diverses circonstances qui pourront se présenter.

Maintenant que la dilatation est faite, devons-nous intervenir immédiatement et pratiquer une extraction manuelle ou instrumentale du placenta? S'il n'y a pas urgence nous croyons bon quelquefois d'attendre, car bien des fois la dilatation elle-même suscite les fibres musculaires de l'utérus qui se contracte alors et parfois expulse son placenta, sans qu'on ait besoin d'avoir recours à une nouvelle intervention. Il sera bon d'attendre un peu, s'il n'y a pas urgence, avons-nous dit, et si rien ne force à agir vite et sans retard. Cette dilatation du délivre amenant une expulsion placentaire est parfois fréquente; nous en donnons un exemple dans l'observation ci-jointe.

OBSERVATION

Avortement de 3 mois 1/2. — Rétention du placenta suivie de phénomènes septicémiques. — Introduction du ballon Champetier de Ribes. — Des débris placentaires sont expulsés.

M^{me} G..., marchande, entre à la maison d'accouchements Baudelocque le 27 septembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 12 mois. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

25 *septembre*. — La femme fut prise de douleurs abdominales et ne tarda pas à expulser un fœtus qui, au dire de la sage-femme appelée, devait être âgé de 3 mois et demi environ.

La sage-femme essaya, mais sans succès, de faire la délivrance.

Un médecin appelé introduisit la main dans le vagin et ne pouvant de cette façon retirer le placenta, il le saisit avec un crochet qu'il introduisit dans le col et sur lequel il opéra de vaines tractions. Le cordon était déjà rompu. Quelques débris placentaires furent extraits mais non la masse entière du placenta.

26. — La température de la femme à son entrée est de 39°. Les lochies sont d'une fétidité extrême.

Une injection intra-utérine et des injections vaginales répétées toutes les heures font baisser la température sans toutefois rendre les lochies moins fétides.

28. — Nouvelle ascension de la température malgré les injections intra-utérines.

Le ballon Champetier de Ribes est alors introduit dans l'utérus pour amener la dilatation de l'orifice.

29. — La femme n'ayant pas éprouvé de douleurs on retire le ballon.

Douze grammes de débris placentaires sont expulsés.

Jusqu'au 7 *octobre* on fait des injections à la femme et des pansements à l'étaupe iodoformée sont maintenus en permanence sur la vulve.

Le 7 *octobre* la femme sort sur sa demande expresse. (*Maison d'accouchement de Baudelocque. — Thèse de Bourgogne, 1891.*)

VII. — Curage digital.

SOMMAIRE : Ses partisans. — Leurs diverses opinions. — Succès de ce procédé. — Ses avantages. — Mode opératoire. — Conditions indispensables pour le pratiquer. — Précautions à prendre. — Manœuvres. — Critique. — Résumé : le curage digital, procédé de choix. — Observations.

A. Paré (1) fut un des premiers, nous l'avons vu, à conseiller de se servir *des doigts* seulement, pour extraire le délivre, lorsque tous les moyens de douceur avaient échoué. Depuis, beaucoup ont suivi ces sages conseils et de nos jours ce procédé est en honneur dans la science obstétricale où il rend, bien des fois, d'incontestables services. Citons quelques-uns de ses partisans et analysons leurs manières de procéder. En Angleterre, nous trouvons : Tyler Smith (2), Hall Davis (3), Leisman (4).

En 1876 (5), Simpson (6) présenta à la Société Obstétricale d'Édimbourg un intéressant mémoire où il rejette l'emploi des instruments de toutes sortes et recom-

(1) A. PARÉ. Œuvres complètes (Chassaignac).

(2) TYLER-SMITH. Lectures of obstetrics, 1858.

(3) HALL DAVIS. Obstetrics transact., n° 3, 1836.

(4) LEISMAN. System of midwifery.

(5) Cet aperçu historique est tiré et résumé de Audebert (de l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive, 1890).

(6) SIMPSON. In *Archives de la Société obstétricale d'Édimbourg*, 1878.

mande de détacher le placenta adhérent, avec les doigts qui sont selon lui un *instrument guidé par le toucher*. Spondly (1) présente un mémoire contenant une série de trente observations dans lesquelles il obtint vingt-neuf succès. Citons encore Devilliers (article Avortement in *dict. méd.*, 1866), Playfair (*Treatise on the science and practice of midwifery*, 76), Cordes, dont nous avons écouté plus haut les conseils, veillons, surveillons, etc., qui est partisan de l'expectation armée, antiseptique.

Et Fehling lui-même qui est un des grands défenseurs du curettage, dit qu'il faut intervenir, avec le doigt aseptique (2). Si au bout de 18 à 24 heures le placenta n'est pas sorti, il faut introduire une main dans l'utérus pour opérer l'extraction. Avec l'autre main, presser sur l'abdomen pour abaisser l'utérus. Enfin Schwartz (3) fait la dilatation du col sous le chloroforme, puis extrait le placenta avec les doigts.

Signalons encore les récents succès obtenus par le P^r Budin dans son service de la Charité où il a employé ce procédé du curage digital.

En résumé tous les auteurs qui ont recommandé le curage digital ont montré son efficacité pour extraire le délivre d'une façon certaine et sans danger, et ils ont soutenu à l'appui de leur opinion que le doigt est le moins aveugle des instruments, par conséquent le plus sûr et on

(1) SPONDLY. *Erinnerungen aus der Obstetrischen Praxis*, 1875.

(2) FEHLING. Ueber die Behandlung der Fehlgebart, *Arch. für gyn.*, 1878.

(3) SCHWARTZ. *Volkman's Sammlung*, n° 241, 1884.

ne risque pas de blesser ni de perforer l'utérus par une manœuvre imprudente ou maladroite. Ce procédé d'intervention est donc un procédé de choix certain, sûr et sans danger appelé à rendre et rendant chaque jour de grands services. Telle est l'opinion de la plupart des maîtres de la science obstétricale, et *c'est aussi là notre modeste avis*. Aussi l'emploierons-nous de préférence quand nous aurons à intervenir dans la rétention placentaire. Comment doit-on faire le curage digital ?

Il est de toute nécessité d'abord, pour pratiquer le curage, que le doigt puisse pénétrer dans la cavité utérine tout entière de manière à pouvoir en atteindre successivement tous les points et le vider complètement. Pour cela il faut que le col permette l'accès à un doigt ou deux, soit perméable. Il l'est généralement, mais s'il s'était refermé il serait nécessaire de le dilater d'abord avec des tiges de laminaire pour commencer, puis employer le procédé plus rapide des ballons de Champetier de Ribes ou de Bois-sard (1). On aura toujours soin d'endormir la malade, ce qui supprimera à la fois la douleur et la résistance de la paroi abdominale.

On place la malade dans la position obstétricale. L'opération est alors très simple. Une main comprimant la région hypogastrique presse fortement sur l'utérus à travers la paroi abdominale et l'abaisse le plus possible. L'autre main mise en cône entrera dans le vagin, un ou deux doigts pénétreront dans la cavité utérine aussi loin

(1) D'après MAYGRIER, *J. obstétrique*, juillet 1897.

que possible pour procéder au décollement du placenta ou des cotylédons qui y sont retenus.

« Le doigt (1) fait le tour des parties adhérentes, soulève celles qui sont libres, se glisse doucement entre la masse placentaire et le tissu utérin de façon à la mobiliser et à la détacher de son point d'implantation. Il vaut mieux gratter soit avec la pulpe du doigt, soit avec les ongles, mais plutôt détruire les cotylédons par une pression directe exercée par le doigt appliqué à plat sur la paroi et animé d'un mouvement de va-et-vient ».

On aura toujours à la portée de sa main une curette car il arrive des cas exceptionnels où l'on ne réussit pas avec le doigt seul à détruire des adhérences trop intimes. On se servira prudemment de la curette, c'est-à-dire qu'on l'introduira en la guidant sur le doigt qui ne devra pas l'abandonner et sera, comme le disait le Pr Grynfeldt, de Montpellier, *le prolongement du doigt*.

Le placenta est maintenant décollé, il ne reste plus qu'à l'attirer au dehors, ce que l'on fait à l'aide du doigt replié en crochet. Ce n'est pas cependant une chose toujours facile, surtout lorsque les débris sont un peu volumineux ; ils flottent alors de ci de là dans la cavité utérine et fuient le doigt qui veut les saisir. On pourrait, il est vrai, arriver à les extraire en les saisissant avec des pinces et en tirant au dehors ; mais c'est là un procédé qui n'est pas sans danger, comme nous le verrons plus loin. Mieux vaut alors avoir recours à une petite manœuvre que signale

(1) CHALEIX-VIVIE et AUDEBERT. Technique du curage, *loc. cit.*

M. Maygrier, que recommande M. Budin et qui consiste à comprimer l'utérus avec deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Avec l'autre main on appuie sur la face antérieure de l'utérus à travers la paroi abdominale. Il est rare que le placenta ainsi exprimé ne fasse pas issue hors de la cavité et ne tombe pas dans la main de l'accoucheur.

Cette opération une fois terminée, il est utile de nettoyer la cavité utérine et dans ce cas l'écouvillonnage imaginé par M. Doleris, procédé que nous exposerons plus loin, sera d'un précieux usage. Disons en terminant que l'on devra faire un grand lavage de l'utérus avec une solution antiseptique afin d'entraîner et de balayer toutes les parcelles demeurées en liberté dans la cavité utérine. Le dernier temps de cette technique opératoire sera un tamponnement à la gaze iodoformée ou salolée.

Comme toutes les autres méthodes, le curage digital a eu ses défenseurs mais aussi ses adversaires. On lui a fait bien des reproches : d'être incomplet, de ne pouvoir atteindre avec le doigt toutes les parties de la cavité utérine, d'être douloureux, le col est quelquefois resserré et on ne peut faire pénétrer le doigt, etc., etc.

On voit comment ces objections sont détruites si le curage est fait comme nous l'avons indiqué, après dilatation sous le chloroforme et complètement, sous le couvert, bien entendu, de la plus rigoureuse antiseptie.

Le curage digital sagement employé constituera donc un procédé de choix.

Nous donnons une observation d'hémorragie et septicémie guéries par le curage.

OBSERVATION

Avortement provoqué à 2 mois. — Rétention du placenta. — Hémorragies abondantes. — Fétidité des lochies. — Intervention manuelle. — Guérison.

Antoinette Ga..., âgée de 34 ans, multipare, couturière, est entrée à la Charité, dans le service de M. le Dr Budin, le 31 mars 1890.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 56 ans, d'une bronchite ayant succédé à un refroidissement (?).

Mère, 58 ans, bien portante, a eu 18 enfants dont 13 sont morts en bas âge ; pas de grossesse gémellaire.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans son enfance ; ne sait pas à quel âge elle a marché. Réglée depuis 13 ans. Époques régulières jusqu'à 15 ans ; puis interruption sans cause (?) de six mois. Mariée à 22 ans, elle a d'abord deux enfants à terme, puis trois fausses couches, puis deux enfants à terme.

Dernières règles, le 12 janvier 1890.

Jusqu'au 17 février, rien d'anormal, pas de vomissements, de nausées, de maux de tête. A cette date, elle fait bouillir 20 grammes de tabac dans trois quarts de litre d'eau, et s'introduisant dans le vagin (peut-être dans l'utérus) une longue sonde en caoutchouc, elle s'injecte à peu près un verre de cette solution. Cette injection est suivie immédiatement de violentes douleurs abdominales, accompagnées de vomissements, de sueurs froides et de frissons qui durent trois heures environ. En même temps, perte presque absolue de connaissance.

Fièvre pendant un jour, et séjour au lit jusqu'au 22 février. À partir de ce jour, elle ressent de légères douleurs qu'elle essaie d'apaiser au moyen d'injections calmantes et de cataplasmes émollients.

15 mars. — Les douleurs augmentent brusquement d'intensité et deviennent presque aussi violentes que celles qui s'étaient produites après l'injection de tabac.

A 5 heures $1/2$ du soir, perte des eaux ; la malade se met au lit et constate une demi-heure plus tard une hémorragie qui dure une demi-journée. Elle est prise de fièvre et perd connaissance à plusieurs reprises

Application de glace sur le ventre et injections vaginales chaudes.

Dans la nuit du 15 au 16 mars. — L'hémorragie, d'abord peu abondante, devient considérable, et ne prend fin que dans la journée du 16.

Léger écoulement sanguinolent jusqu'au 20 mars, où se produit une perte très abondante, durant environ douze heures.

Cette perte diminue notablement, sans cesser complètement, pendant les jours qui suivent.

23. — L'embryon est expulsé à 2 heures du soir. Il est peu volumineux, mesure environ 5 centimètres de longueur.

Injections vaginales boriquées et quinquina.

27 mars. — Nouvelle hémorragie pendant deux heures.

Ces hémorragies successives et répétées l'ont beaucoup affaiblie, et son facies exsangue témoigne de son anémie profonde.

31 mars. — Entrée dans le service. Petites pertes sanguinolentes.

On trouve à l'orifice externe une tumeur à peu près sphérique, constituée par le placenta, et un toucher plus minutieux révèle que la cavité cervicale est dilatée et remplie par la masse placentaire, dont une partie pénètre dans l'utérus et se trouve solidement attachée à la face postéro-inférieure de cet organe.

La matrice est fortement rétractée et, malgré la présence de ce corps étranger, a son volume normal.

1^{er} avril. — A la suite de plusieurs injections vaginales antiseptiques, la portion du placenta située dans le vagin a notablement diminué et exhale une odeur très fétide.

T. m. $37^{\circ},6$.

En présence de cette fétidité et quoique la malade ne perde plus et que la température soit normale, M. Budin, voulant sous-

traire la malade aux dangers d'une hémorragie et d'une infection possibles, se décide à intervenir.

La malade est sous le chloroforme ; M. Budin, les précautions antiseptiques étant prises, introduit d'abord la main dans le vagin, puis l'index dans la cavité utérine. Ce doigt rencontre bientôt la masse placentaire, la suit jusqu'à son point d'implantation sur la paroi et la décolle doucement en grattant avec la pulpe. Il extrait ainsi un corps noirâtre, constitué par des caillots sanguins, emprisonnés dans les mailles des villosités choriales. Quelques petits débris encore adhérents sont détachés de leur insertion ; M. Budin s'assure qu'aucune parcelle du délivre ne reste dans l'utérus et fait une injection intra-utérine.

T. s. 37°,4.

2 avril. — Écoulement peu abondant d'un liquide légèrement teinté en rose. La fétidité a diminué d'une façon très marquée.

T. m. 37°,4.

T. s. 37°,6.

3 avril. — Perte complètement arrêtée. Aucune odeur.

La malade ne ressent plus aucune douleur et attend avec impatience l'autorisation de sortir de l'hôpital.

Elle part guérie le 8 avril, une semaine après l'intervention.
(Tirée de Audebert. *Traitement de l'infection puerpérale post-abortive*, 1890).

§ VIII. — Curettage.

SOMMAIRE : Tous les autres procédés d'intervention ont échoué. — Reste le curettage. — Évolution de cette méthode. — Ses succès. — But du curettage. — Son principe. — Faire un emploi raisonné et prudent de la curette. — Critique. — Reproches adressés : *Provoque des hémorragies*. — Discussion. — Comment agir en cas d'accidents. — *Perforation de l'utérus*. — Ses causes. — Les conditions qui la favorisent. — Innocuité de la perforation. — Exemples. — Dangers. — Remèdes. — *Le curettage est une opération incomplète*. — Critique. — Moyens de l'éviter. — *Il produit des accidents infectieux nouveaux*. — Comment parer à cette éventualité. — *Curette instrument aveugle*. — Discussion. — Indications permettant d'agir avec certitude. — Conséquences lointaines du curettage. — Conclusions. — Observations.

Dans bien des cas tous les procédés que nous venons de décrire ont été insuffisants pour combattre et arrêter les accidents hémorragiques ou infectieux consécutifs à la rétention placentaire, aussi faut-il avoir recours sans hésitation, dans ces cas, au procédé du curettage. Nous avons vu dans l'aperçu historique combien cette méthode était en honneur à l'étranger, nous avons analysé et critiqué les opinions de ses partisans, il nous reste ici à en exposer les avantages et les inconvénients, et enfin à en donner les différentes indications. Après être resté quelque temps dans l'oubli, le procédé du curettage est revenu en faveur depuis surtout 1886, époque à laquelle M. Doleris fit paraître un important mémoire et développa ses idées à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, dans la séance du 11 mars 1886. Aussi cette méthode tend-elle à se généraliser de plus

en plus et il est des pays, comme la Suisse par exemple, où elle est exclusivement pratiquée. Le principe même sur lequel s'appuient toutes les théories des partisans de ce procédé a son point de départ dans cette idée qu'il était complètement inutile de laisser séjourner dans l'utérus un corps qui pouvait occasionner par sa décomposition les accidents terribles de l'infection purulente et de l'hémorragie et qu'on pouvait facilement, grâce à l'antisepsie, sans danger pour la malade, la mettre à l'abri de toutes ces complications. Pour eux le curettage seul pourrait débarrasser la cavité utérine de tous les éléments placentaires en voie de décomposition en détruisant le point d'origine, le foyer de toutes les colonies microbiennes qui en avaient fait leur séjour d'élection.

La curette imaginée par Récamier dans le but d'extraire des débris fongueux venant de l'utérus a été employée, nous l'avons vu, dans l'endométrite puerpérale, dans la rétention placentaire et dans beaucoup d'autres cas où elle a donné de magnifiques succès. C'est ce qui explique, un peu, l'engouement dont à l'heure actuelle le curettage est l'objet et nous devons nous mettre en garde contre ces tendances actuelles et faire de la curette un emploi modéré et prudent. Ce procédé d'intervention est loin d'être sans dangers et les résultats n'en sont pas toujours heureux, car dans bien des cas on a eu à déplorer des accidents parfois mortels.

Aussi a-t-on fait au curettage de nombreuses objections.

Le premier reproche qu'on lui a adressé est de *provoquer des hémorragies*.

C'est un danger qu'il faut toujours redouter, disent les adversaires du curettage : elle est causée par l'ouverture des sinus utérins dont les caillots ont été enlevés par la curette : les vaisseaux resteront béants et l'utérus restant inerte se produiront alors les plus graves hémorragies. A quoi les partisans répondent que le curettage n'a jamais produit d'hémorragie et qu'au contraire, la curette déterminant par son passage l'excitation des fibres musculaires en favorise la contraction et devient par cela même un excellent hémostatique (Wisard).

Que fera-t-on si pendant un curettage pareil accident se produit, s'il apparaît une brusque hémorragie ? — Si l'écoulement est moyen, on n'y prendra pas garde et on terminera le curettage ; l'hémorragie cessera à la fin de l'opération. Mais si le sang s'écoule à flots, il faut s'arrêter dans son intervention, faire immédiatement une injection chaude à 48 ou 50°, faire ensuite le tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze et enfin pratiquer une injection sous-cutanée d'ergotine (Tarnier). Disons en passant que ces accidents d'hémorragies graves sont excessivement rares.

Le deuxième reproche fait au curettage est la *perforation de l'utérus*. Beaucoup d'observations ont relaté des faits de ce genre. Si l'utérus est dans une position anormale, rétroversion ou rétroflexion, si son axe est dévié il sera certainement déchiré par la curette, car le tissu musculaire de l'utérus gravide n'a pas à ce moment une résistance bien considérable ; c'est pourquoi la perforation pourra se produire sans pourtant pour cela que l'opérateur développe une grande vigueur : le ramollissement du tissu

utérin par l'inflammation, l'infection puerpérale, en diminuant sa résistance augmentera les dangers.

Quelques auteurs d'un optimisme exagéré ont prétendu que ces perforations de l'utérus n'étaient pas dangereuses, n'avaient pas de suites funestes. Au congrès de Gratz en 1878 (1), Liebmann, Lehmus, Dupuy insistèrent pour démontrer l'innocuité des fistules métro-péritonéales.

Hœning perforait le tissu utérin avec l'hystéromètre pour montrer à ses élèves combien cette manœuvre était inoffensive.

Un fait semblable est rapporté également par M. Crocq dans le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1892, page 76. Ce procédé trop démonstratif ne prouvait pas cependant que dans beaucoup de cas, et même dans la majorité, la perforation utérine ne soit pas accompagnée des plus graves dangers.

On devra donc, en faisant le curettage, introduire bien attentivement la curette dans la cavité utérine et une fois introduite la manier avec douceur et prudence : à ces conditions seules il ne se produira pas d'accident.

Si pareil accident survenait, que faudrait-il faire ? Il suffirait, dans la grande majorité des cas, de tamponner la cavité utérine avec de la gaze antiseptique et attendre les événements. Cette conduite réussit dans beaucoup de cas. Si une portion d'intestin apparaît comme dans le cas cité par Maygrier dans les *Annales de Gynécologie* de 1897 (juillet) on fera la laparotomie et la résection d'une por-

(1) PICHEVIN. *Ann. de gynéc.*, mai 1895.

tion de l'intestin hernié après avoir essayé de le réduire. de le faire rentrer dans la cavité abdominale.

Un troisième reproche : le curettage de l'utérus est souvent *une opération incomplète*, il laisse parfois dans l'utérus des débris de placenta qui échappent à l'action de l'opérateur : ces débris peuvent occasionner des troubles infectieux en se décomposant, par conséquent le curettage a été inutile.

On peut même laisser dans l'utérus des morceaux très volumineux de placenta qui passent inaperçus. Un fait de ce genre est signalé par Moses (1). Malgré qu'il soit cité partout nous le relâtons ici à cause de son originalité. Après un raclage, un lavage et une cautérisation de l'utérus au perchlorure de fer on vit sortir le lendemain « un fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres qui malgré l'emploi de la curette tranchante était demeuré dans la cavité utérine sans donner lieu à aucun symptôme ».

Disons ici qu'on évitera ces reproches si l'on a soin de faire de la cavité utérine une exploration attentive avec le doigt et la curette en les promenant dans tous les points successivement. On évitera ainsi d'y oublier : placenta, membranes ou fœtus.

Le curettage *produit de nouveaux accidents infectieux*, étend et généralise l'infection. Lorsque cette objection est vraie et que l'infection augmente, c'est sans aucun doute le manque d'asepsie qui en est la cause. « On a encore accusé la curette (2) de trop aviver la muqueuse utérine et

(1) MOSES J. Inaug. Dissertat. Observat. LIII, p. 21, 1884.

(2) TARNIER. Asepsie et antisepsie, p. 701.

d'ouvrir ainsi de nouvelles portes d'entrée à l'infection. Cette critique paraît fondée, mais si avant de commencer le curettage on prend soin de faire une injection intra-utérine, on débarrassera l'utérus d'une partie des microbes qui s'y trouvent; si en second lieu, dans le cours d'un curettage de longue durée on renouvelle, à plusieurs reprises le lavage utérin; si enfin l'opération terminée, on procède à un nettoyage sévère de l'utérus et à un badiageonnage de sa cavité avec un antiseptique, on se mettra dans les meilleures conditions possibles pour éviter une nouvelle inoculation ».

Enfin la curette est *un instrument aveugle*, qui ne sait pas où il va et qui est absolument incapable de se rendre compte du contenu de l'utérus et de ses parois, par conséquent on oubliera forcément dans quelque point de l'utérus un ou plusieurs fragments qui deviendront le point de départ de phénomènes infectieux: ne pouvant pas être dirigée la curette ira plus loin que ne le voudrait peut-être l'opérateur. Ce à quoi Vulliet (1) répond: « la mollesse, la friabilité des tissus pathologiques donnent des sensations très différentes de cette transmission par le contact du tissu normal. Le raclage des parties molles communique à la main des vibrations faibles, celui des tissus sains produit une vraie crépitation perceptible par l'ouïe ». Cette crépitation perceptible est le *cri utérin* qui indique qu'il faut s'arrêter, qu'en allant plus loin on risquerait de perforer la paroi utérine. Pour apprécier ces différences, une longue

(1) VULLIET. Curage de la cavité utérine, *J. ou rn. de méd. de Paris*, 1887.

expérience et une grande pratique sont nécessaires pour ne pas être induit en erreur par des sensations quelquefois subjectives.

Disons enfin qu'on a encore reproché au curettage d'avoir des *conséquences lointaines fâcheuses* : endométrites, pelvi-péritonites et de produire un ébranlement nerveux, d'être précédé de la dilatation : qui est également dangereuse, de l'abaissement de l'utérus, etc., etc.

En résumé, il ne faut pas exagérer les craintes à plaisir et il est certain qu'une intervention faite prudemment sous le contrôle du doigt, avec toute l'antisepsie nécessaire, ne pourra donner que d'excellents résultats et combattra les accidents hémorragiques ou infectieux de la rétention avec plus de succès que les autres procédés qui auront été la plupart du temps insuffisants.

Quant au manuel opératoire il est décrit dans tous les traités d'accouchements : il serait trop long de l'exposer ici.

Nous citons à l'appui de ce que nous venons de montrer les observations suivantes :

Deux guérisons par le curettage d'hémorragies répétées et d'infection.

OBSERVATION

Fausse couche de 3 mois. — Rétention placentaire. — Infection.
— Insuffisance des injections utérines. — Curettage. — Guérison.

M^{me} D..., 27 ans. Le 1^{er} août 1894, après cinq jours de coliques et de petites pertes de sang, expulse un fœtus mort et macéré paraissant âgé de 3 mois. Le placenta n'est pas expulsé. Ces-

sation de tout travail. La sage-femme au courant de l'antisepsie fait des lavages vaginaux et une injection utérine. Gaze iodoformée dans le vagin.

Le lendemain, 2 août, T. 37°. Le soir, T. 37°,5. Aucune douleur. Continuation des lavages utérins. Léger écoulement sanguinolent continu.

3 août. — Dans la matinée, léger frisson, écoulement vaginal un peu fétide, lavage utérin. Le soir, T. 39°,5. Nouveau lavage utérin, un lavement boricé amène une selle copieuse. Sulfate de quinine 1 gramme.

4 août. — Nous constatons que l'utérus, mou, dépasse le pubis de deux travers de doigt. Corne utérine gauche très douloureuse à la pression. Écoulement lochial crémeux, rougeâtre, un peu fétide. Orifice externe ouvert, l'orifice interne n'admet pas la pulpe de l'index. Le col a toute sa longueur accoutumée, le cul-de-sac latéral gauche est un peu douloureux au palper bi-manuel. T. 38°,5; P. 110. Grand lavage utérin avec la sonde de Doleris qui franchit l'orifice interne avec quelques frottements. Écartement progressif des branches. Le liquide ressort presque clair. Le soir, même traitement. T. 39°,7; P. 110.

5 août. — T. 39°. Curetage. La malade refuse l'anesthésie. Muqueuse épaissie. Le placenta est inséré dans la corne gauche, il est très adhérent. Il vient par gros fragments aplatis, atrophies, un peu durs, lambeaux de membrane. Peu de sang. Écouvillonnage avec de la ouate imprégnée de glycérine créosotée au tiers. Lavage utérin, crayon d'iodoforme dans l'utérus. Gaze iodoformée dans le vagin.

Le soir, T. 38°. Quand on presse la corne utérine gauche, la malade déclare ne plus éprouver la même douleur.

6 août. — Ablation de la gaze iodoformée vaginale. T. 37°. Le soir, T. 37°,5.

Suites excellentes. Guérison complète et rapide. L'opérée, revue souvent depuis, n'a gardé aucune lésion utérine ou péri-utérine. (In *Chaleix-Vivie et Audebert*, 1896. *Traitement de l'avortement incomplet*).

OBSERVATION

Avortement incomplet. — Hémorragie prolongée. — Complications pelvi-péritonitiques. — Curettage. — Guérison.

M^{me} C..., 25 ans, secondipare. Remarque une suppression de règles en octobre 1895. Elle perd, après quelques coliques, du sang, à la fin de novembre. Cette perte dure 10 jours, elle est assez abondante. Quelques caillots sont expulsés; ils ne sont pas examinés. Cette perte se transforme en un suintement continu pendant une quinzaine de jours; mais le 20 décembre survient une perte plus abondante qui dure 6 jours. Pas de repos ni d'interruption des travaux habituels; puis recommence un suintement de sang rougeâtre, laissant sur les linges comme des débris de brique écrasée. Fréquentes coliques très douloureuses. Le col n'est pas ramolli, il est entr'ouvert; l'utérus est en antéflexion, débordant le pubis. Il mesure 9 centimètres.

On conseille le repos et les injections chaudes. Le repos est très relatif.

Il est fait à M^{me} C... trois séances d'un traitement qui consiste en écouvillonnage à la glycérine créosotée, lavage utérin avec la sonde de Segond et introduction de crayons d'iodoforme. La malade ne garde aucun repos; elle éprouve le cinquième jour de vives douleurs abdominales avec frisson, pâleur, nausées. Cet état se calme, sans cesser complètement, sous l'influence de lavements laudanisés. L'hypogastre est très douloureux au palper. Le toucher permet de constater que le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur du volume d'une mandarine, empâtant sur le cul-de-sac droit, légèrement fluctuante. T. 37°.

Repos absolu. Injections chaudes à basse pression.

15 janvier. — M^{me} C... perd toujours du sang, en petite quantité, mais d'une façon continue; elle est très pâle, très faible quoique s'alimentant bien. La tumeur qui emplissait le cul-de-

sac postérieur est moins douloureuse à la pression, elle a diminué de volume. Sa consistance est inégale, il n'y a plus de fluctuation. Elle présente les caractères d'une petite hématocele en voie de régression. Température normale.

En raison de la continuation de ces pertes, le curettage est décidé pour le lendemain.

16 janvier. — Pas d'anesthésie. Dilatation du canal cervical avec les bougies d'Hégar. Lavage utérin. Le curettage ramène des débris de muqueuse épaissie et des fragments qui ont nettement l'aspect cotylédonaire. Écouvillonnage à la glycérine créosotée. Lavage utérin. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 18. — Ablation du tampon. L'opérée n'a pas souffert du ventre. Il ne s'écoule pas de sang.

M^{me} C... n'a pas perdu de sang jusqu'au retour de ses règles, qui ont eu lieu normalement un mois après.

Le 1^{er} mars. — On trouve encore chez elle, dans le cul-de-sac postérieur, une masse du volume d'une noix, dure, un peu bosselée, non douloureuse à la pression.

Cette masse a peu à peu disparu, le cul-de-sac était entièrement libre la dernière fois que nous avons vu M^{me} C..., en mai 1896. (*Chaleix-Vivie-Audebert. — In Traitement de l'avortement incomplet, 1896*).

§ IX. — Extraction instrumentale.

SOMMAIRE : Insuffisance du doigt pour extraire le placenta. — Emploi d'instruments divers. — Accidents occasionnés par ce genre d'intervention. — Ne jamais les employer.

Quelques accoucheurs considérant le doigt comme insuffisant ont fait les plus diverses tentatives pour extraire le placenta à l'aide d'instruments les plus divers, pinces, crochets. Leur intervention a donné lieu dans la plupart des cas à de terribles accidents que nous ont bien signalés Tarnier et Budin. Leur procédé consistait, lorsqu'une portion de l'arrière-faix était pendante dans le col, à introduire un ou deux doigts ou une pince entre elle et la paroi utérine, et à essayer de l'extraire en tirant fortement sur la partie qui se présentait. Le résultat de cette manœuvre était la déchirure du morceau retenu, les pinces ou les doigts après lesquels il restait retenu et le retrait dans la cavité utérine du placenta qui n'en était alors que plus étroitement enfermé. Avec cette nouvelle rétention survenaient, on le comprend, divers accidents septicémiques ou hémorragiques.

Rappelons ici le fait cité par Tarnier qui dit (1) avoir vu mourir sous ses yeux une jeune femme d'hémorragie

(1) TARNIER. Asepsie et antiseptie, p. 526.

foudroyante, pendant qu'un médecin s'acharnait à vouloir enlever un placenta abortif avec des pinces. Il faut donc bannir de la pratique l'emploi des pinces quelle que soit leur forme, car il est toujours dangereux d'intervenir dans ces conditions.

La pince est un instrument aveugle qui ne sait pas où il s'adresse car il s'attaque au hasard, où il peut et non où il faudrait, c'est-à-dire aux points d'insertion du placenta. En tirant avec la pince on ne détache pas le morceau saisi, mais on le déchire, on produit de nouvelles ruptures vasculaires et par conséquent on peut occasionner des hémorragies mortelles. Terminons cet exposé par l'opinion de M^{me} Lachapelle (1) sur l'emploi de la pince. Parlant de la pince de Levret : « Je n'en ai jamais, dit-elle, tenté l'emploi que je regarde comme impossible dans le cas d'une occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert et comme toujours dangereux ». Il serait bon, souvent, de mettre en pratique cette sage réserve.

(1) M^{me} LACHAPELLE. Pratique des accouchements.

§ X. — Écouvillonnage.

SOMMAIRE : Analyse du procédé de M. Doleris, de son mémoire. — Technique opératoire. — L'écouvillonnage met la femme à l'abri des dangers consécutifs. — Indications d'intervention. — Critique du procédé. — Ce qu'il faut en penser. — Observation. — L'opinion des médecins étrangers. — Comment nous pouvons employer l'écouvillon. — Conclusions. — Observations.

Considérant que dans la rétention placentaire après l'avortement, la malade est exposée aux graves complications de l'hémorragie et de la septicémie, M. Doleris pensa que puisque la nécessité s'imposait d'évacuer l'utérus à un moment donné, le mieux était de la prévenir au moment favorable et de ne pas attendre que la santé de la malade soit compromise : pour obtenir ce résultat il imagina et indiqua l'écouvillon.

En 1886 (1), il présenta à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* un mémoire où il décrit savamment son nouveau procédé et donna à l'appui de sa méthode de sérieux arguments et des observations pleines de valeur. Après avoir étudié et discuté les dangers que pouvait occasionner le placenta ou ses débris retenus dans la cavité utérine, il expose les deux méthodes de traitement à

(1) DOLERIS. *Bull. et mém. de la Société d'obstét. et de gynec. de Paris*: 11 mars 1886.

employer pour prévenir ces accidents : expectation et intervention.

Partisan de l'expectation armée tant que l'avortement suit une marche normale, il se déclare franchement interventionniste lorsque cette marche présente une interruption, un arrêt dans ses différentes périodes, dans ses *temps*, suivant son expression même.

Il décrit ensuite longuement une nouvelle manière d'intervenir, méthode absolument sûre, selon lui, et présentant une sécurité complète, grâce aux progrès de l'antisepsie.

C'est l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Décrivons en quelques mots son procédé.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques voulues on saisit le col avec les pinces et on l'amène sans crainte jusqu'à la vulve. On dilate ensuite l'orifice soit avec le doigt, soit avec une éponge préparée, avec un dilateur ou un ballon de Barnes suivant les circonstances et l'état du col, puis on débarrasse la cavité utérine de son contenu.

On agit alors de deux manières différentes, suivant que le placenta est retenu en entier ou morcelé, ou bien, s'il ne reste que des débris. Dans le premier cas, on racle les parois utérines avec une curette large et mousse pour détacher le placenta et on l'extrait ensuite à l'aide d'une pince ; dans le second cas, s'il n'y a que des débris, on se sert d'un instrument, l'écouvillon, imaginé par M. Doleris. Il se compose d'une tige métallique sur laquelle sont implantés des crins très résistants, disposés en spirale comme un tire-bouchon par exemple, pour employer une

comparaison exacte, et qui sont destinés à nettoyer les parois de l'utérus, à les balayer en quelque sorte par un mouvement de rotation sur l'axe de l'instrument et à entraîner au dehors les caillots et les débris de placenta ou de membranes retenus dans la cavité utérine. Ces mouvements en tous sens détachent les débris de placenta encore adhérents, bien mieux certainement que la curette qui peut ne pas les atteindre et les oublier.

Une injection et un tamponnement consécutif doivent terminer l'opération.

Ce procédé, d'après son auteur, soustrait la malade aux deux accidents de l'hémorragie et de l'infection, accidents qui l'attendent sûrement, si on laisse l'expulsion du placenta aux seules forces de la nature.

Avant d'en faire la critique, il serait bon, croyons-nous, de voir quelles sont les *considérations pratiques* qui indiquent à l'accoucheur d'employer ce moyen d'intervention.

Nous les trouvons exposées par M. Doléris dans une nouvelle communication à la *Société Obstétricale et Gynécologique* (1), nous allons les indiquer ici :

Se basant sur des observations et non sur des conceptions théoriques, voici quelles sont les considérations pratiques que l'auteur fait valoir pour mieux convaincre « de l'utilité du traitement de la rétention par l'ablation du placenta abortif :

1° La difficulté est parfois impossible d'imposer à une

(1) Travaux pratiques d'obstétrique et de gynécologie, p. 190. Paris, 1898.

malade le repos et l'antisepsie permanente et rigoureuse pendant des semaines et des mois ;

2° Le péril de voir se produire des hémorragies qui, pour n'être point dangereuses par leur abondance, pourraient l'être dans une certaine mesure par leur répétition :

3° Les complications assez habituelles du côté des organes génitaux du fait de la rétention prolongée et de la non-involution utérine qui en est la conséquence : prolapsus, déformation de l'utérus, flexion, rétroversion, engouement tubaire, hémato-salpinx, etc. ;

4° La dégénérescence possible du délivre, rare mais incontestable : tantôt en môles hydatiformes, tantôt en déciduomes malins ;

5° Enfin la responsabilité du médecin de campagne qui, n'étant pas toujours présent, peut s'attendre à un accident inopiné à un moment où la femme est privée de tout secours, l'insuffisance du tamponnement le mieux fait, ainsi que j'en ai cité des exemples, s'étant révélée parfois ; sans parler de raisons de moindre importance. »

Ce procédé d'écouvillonnage de l'utérus sans présenter d'inconvénients et de dangers vraiment sérieux n'est cependant inoffensif, et ses adversaires lui ont fait entre autres reproches celui de provoquer des hémorragies souvent plus graves que celles qui indiquent d'intervenir et voici une observation de M. Doleris (1) dans laquelle l'intervention eut lieu chez une femme qui avait son placenta retenu depuis une douzaine de jours après un avortement

(1) Citée par GENESTEIX. *Thèse*, 1886.

de 4 mois, mais qui, cependant n'avait pas d'accident, ne perdait pas et qui par suite de l'opération, en perdit une quantité que l'on évalua à 400 grammes, chiffre peut-être inférieur à la réalité car on fut obligé d'avoir recours à un tamponnement avec des éponges et à deux injections d'ergotine Tanret et à des injections d'éther dans la journée, une syncope étant survenue (Genesteix).

On a encore reproché à l'écouvillonnage les dangers qu'il y avait à l'abaissement répété du col (tiraillement des ligaments, tendance au prolapsus), les dangers de la dilatation préalable, la perforation de l'utérus, etc.

Nous ne partageons pas entièrement ces opinions car nous trouvons ce procédé plus inoffensif que ses adversaires le prétendent lorsqu'il est fait avec douceur et antiseptie : mais nous croyons devoir lui reprocher de n'être pas toujours applicable. On ne peut pas en effet écouvillonner l'utérus si l'on a affaire à un placenta entier ou morcelé : on n'intervient avec l'écouvillon que s'il s'agit de débris de placenta ou de membranes, et on est obligé dans le premier cas d'avoir recours au curettage. M. Doleris le reconnaît lui-même, sans cela l'opération serait inutile, car l'écouvillon manié par les mains même les plus habiles glisserait sur le placenta ou sur des parties volumineuses de placenta sans les entraîner, et n'en ramènerait au dehors que de très faibles parties. L'observation suivante est un exemple de cette opinion : l'écouvillon décolla le placenta mais on fut obligé d'avoir recours aux pinces pour l'extraire de la cavité utérine.

OBSERVATION

Avortement de 4 mois. — Rétention du placenta. — Intervention le douzième jour.

Femme Theresa, 23 ans, institutrice, entrée salle Sainte-Marie, chambre B, le 19 mars 1886, dans le service du D^r Budin, suppléé par M. Champetier de Ribes d'abord, par M. Doleris ensuite.

19 mars. — A l'arrivée on constate un fœtus à moitié expulsé dans le vagin et retenu dans le col par la partie supérieure du tronc. Ce fœtus sort vivant une heure plus tard et dans la couveuse survit pendant cinq quarts d'heure.

Injection vaginale antiseptique tiède après l'expulsion du fœtus.

Rétention du placenta.

Jusqu'au 3 avril, la malade soignée par M. Champetier a été tenue au lit ; des injections antiseptiques ont été faites régulièrement ; le placenta n'est pas sorti, le col se referme ; mais la malade n'éprouve aucune douleur, n'a pas eu d'hémorragie dépassant en quantité quelques gouttes de sang. Enfin la température prise très soigneusement matin et soir a oscillé entre 37°,0 et 37°,6, cette dernière température est celle du soir d'un jour de visite.

Le 3 avril. — M. Doleris extrait le placenta par manœuvres chirurgicales, parce que l'opération est inoffensive en elle-même si on peut répondre de l'antisepsie et parce qu'elle a l'avantage de soustraire la malade aux hémorragies aléatoires et aux chances d'infections qui l'attendent presque inévitablement, à la longue, si on abandonne l'expulsion du placenta aux seules forces de la nature.

Description rapide de l'opération. — La veille au soir un cône d'éponge préparée à la ficelle est introduit dans le col de

l'utérus pour le dilater. Cette éponge a été imbibée préalablement d'éther iodoformé qu'on laisse évaporer.

Le lendemain matin retrait de l'éponge préparée, antiseptie du vagin et introduction répétée d'un écouvillon dans la cavité utérine, la malade n'étant pas endormie. L'écouvillon décolle le délivre, le fragmente et ramène quelques caillots et quelques débris de placenta. A un moment retrait d'un fragment de membrane ramené par l'écouvillon.

Dilatation extemporanée du col par l'introduction d'un ballon de *Barnes*; introduction d'une pince spéciale qui ramène le placenta. Celui-ci est arraché avec peu de peine et après des tractions lentes et soutenues arrive enfin presque complet. Hémorragie de 400 grammes de sang au maximum; arrêtée par l'introduction d'éponges dans le vagin et de deux seringues de Pravaz d'ergotinine Tauret. Il n'a pas été fait d'écouvillonnage final car le délivre paraissait complet. On a négligé de prendre le poids du placenta qui devait être de 150 à 200 grammes environ.

Les précautions antiseptiques particulières sont les suivantes : les éponges introduites dans le vagin ont été imbibées d'éther iodoformé et desséchées ensuite par évaporation; les lavages et injections sont faits avec une solution de sublimé au millième.

* Une éponge enduite de vaseline non antiseptique a été introduite par erreur dans le vagin. Cette erreur inspire quelque crainte à M. Doleris pour l'antiseptie parfaite.

La malade n'a pas éprouvé la moindre douleur.

Soins consécutifs. — Injections intra-utérines et vaginales fréquentes, aussi souvent qu'il paraît utile pour assurer une antiseptie vigoureuse.

Le 3 avril, à neuf heures du soir, expulsion spontanée d'un petit fragment de placenta pesant 45 grammes et de quelques caillots.

Le 5 avril, expulsion d'un fragment de membranes de quelques centimètres carrés.

Aujourd'hui 6 avril, la malade ne souffre en aucune façon,

n'a eu de pertes de sang que de quelques gouttes seulement ; la vulve et le vagin n'exhalent aucune odeur, le col est presque complètement refermé ; enfin la température depuis l'opération a toujours oscillé entre 37° et 37°,5, l'examen des pièces retirées de l'utérus ou expulsées spontanément permet de croire qu'il ne reste plus aucun fragment de l'œuf dans la cavité utérine. Pas de perte ni écoulement ultérieur. État général excellent.

Le 12 avril, santé parfaite. A taché sa chemise de quelques gouttes de sang. La cavité utérine mesurée à l'hystéromètre est de huit centimètres. Pour hâter l'involution qui se montre assez paresseuse on pratique, depuis trois jours des injections chaudes quotidiennes dans le vagin, et on administre le seigle ergoté à faible dose. On permet à la malade de se lever. (*Publiée dans les Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc. Citée dans la thèse de Genesteix, 1886.*)

Ce procédé d'écouvillonnage a cependant rendu dans bien des cas de signalés services. Aussi a-t-il eu un grand nombre de partisans qui en ont publié des observations les plus variées non seulement en France, mais à l'étranger.

Entre autres, nous trouvons dans les Extraits de la Société de médecine de Salonique (1) un compte rendu intéressant dont nous allons donner un léger aperçu. Divers médecins défendent tour à tour le procédé imaginé par M. Doleris et apportent de nombreuses observations à l'appui de leur méthode. L'un d'eux, M. Rifat, signale le cas suivant, que nous résumons, d'une femme qui a eu cinq accouchements successifs normaux, dans lesquels la déli-

(1) Extrait de la *Société de médecine de Salonique*. Séance du 17 mai 1888, p. 291. De la médication intra-utérine post-puerpérale dans la Turquie d'Europe (MIRASCHI).

vance a été toujours difficile. Dans sa sixième grossesse, étant enceinte de quatre mois à peu près, elle fait, le 8 mai 1888, une fausse couche accompagnée d'hémorragie grave. M. Rifat arrive une heure après, trouve le fœtus pendant entre les cuisses et le délivre dans l'utérus. Tractions légères sur le cordon, rupture. L'hémorragie continue toujours, tamponnement à ouate salicylée. T. : 36°,6, l'hémorragie cesse. Le lendemain on enlève le tampon et l'on fait une irrigation vaginale au sublimé à 1 pour 2,000 à 40°. Malgré cela, le soir élévation de température qui se maintient le lendemain.

Le placenta étant à ce moment engagé dans le col on essaye à plusieurs reprises de l'extraire avec une pince ; insuccès. Malgré la douceur de cette manœuvre et les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, l'état de la femme empire considérablement et le soir la température est de 39°,6. M. Rifat fait appeler l'un de ses collègues, M. Miraschi, qui, avec les précautions antiseptiques d'usage, décolle le placenta avec le doigt et l'extrait avec la pince, puis introduit successivement huit écouvillons qui tous, sauf le dernier, reviennent. le bout supérieur chargé de débris placentaires.

On fait ensuite une injection intra-utérine boriquée, puis un pansement des parois utérines avec un écouvillon doux créosoté, une irrigation vaginale antiseptique. on met un tampon d'ouate à la glycérine iodoformée. La température a baissé peu à peu, est revenue à la normale et on a constaté avec plaisir le rétablissement complet de la malade.

Cette observation nous montre combien l'intervention a été utile ici, et dans un cas cependant grave, et les résul-

tats qui en ont été la conséquence. M. Scayk, de son côté, raconte qu'à la suite de la lecture du mémoire de M. Dole-
ris il a essayé la méthode de l'écouvillonnage. « Je compte
aujourd'hui, a-t-il dit, sept cas dont le premier dans des
conditions très graves et j'ai eu sept succès complets. Je ne
suis intervenu que pour arrêter les hémorragies inquiétantes
qui ont toujours cessé immédiatement et je n'ai pas constaté encore le moindre accident. » Il considère comme
conclusion l'écouvillonnage comme une méthode précieuse
et exempte de tout danger.

Enfin M. Miraschi rapporte de nombreuses observations où il n'a relevé qu'un seul insuccès. En 1887 il a obtenu sur 16 cas traités 16 guérisons : en 1888 il relate encore 38 cas d'écouvillonnage pour rétention de délivre *post abortum* avec complications hémorragiques ou septicémiques et symptômes généraux ou locaux menaçants. Il a obtenu 37 succès. Le cas de mort a été dû à une intervention trop tardive. Aussi considère-t-il l'écouvillonnage comme un procédé excellent. Il va même jusqu'à affirmer qu'un écouvillon bien fait est moins dangereux qu'une injection intra-utérine. Il est toujours plus efficace.

En France les partisans de l'écouvillonnage sont nombreux et nous croyons inutile de rapporter ici leurs observations et leurs manières de procéder que nous connaissons. Nous l'avons fait plus haut et toutes les opinions et modes opératoires peuvent se rapporter à ceux que nous venons de décrire. Quant à notre opinion personnelle, nous considérons l'écouvillonnage comme un excellent procédé, mais insuffisant par lui-même pour débarrasser l'utérus d'un placenta abortif entier ou même de débris volumi-

neux. On ne l'emploiera donc qu'à la suite d'une intervention digitale ou instrumentale, *digitale de préférence*, comme complément de cette intervention et l'on obtiendra de cette médication d'excellents résultats, si l'on ne néglige pas les règles de la plus sévère antiseptie.

Dans bien des cas urgents l'on n'aura pas sous la main d'écouvillons aseptiques, stérilisés ; on pourra alors avantageusement employer de minces tampons de ouate hydrophile enroulés autour de tiges métalliques ou de pinces passées à la flamme. Ces tampons pourront être imprégnés avec différentes substances : acide phénique en solution à 50 pour 1,000, liqueur de Van Swieten ou éther iodoformé. Nous préférons avec M. Doleris la glycérine créosotée au tiers qui est un excellent hémostatique et antiseptique. Disons en terminant que l'on pourra employer le procédé de l'écouvillonnage seul dans certains cas de fausse couche ovulaire incomplète (1), lorsque les accidents ne présenteront pas un caractère menaçant. Dans ces cas, nous conseillons de l'employer, et nous l'emploierons nous-mêmes, comme un moyen pratique et sans danger, persuadés que cette intervention sera suivie des résultats les plus satisfaisants, comme dans l'observation que nous publions ci-dessous.

OBSERVATION

Avortement ovulaire. — Hémorragie.

Nous fûmes appelé, le 22 mai 1892, auprès d'une jeune

(1) CHALEIX-VIVIE-AUDEBERT. *Loc. cit.*

femme de bonne santé habituelle, ayant eu déjà deux grossesses normales. En avril, elle avait été réglée comme de coutume ; ce mois-là, elle avait mené une vie mondaine particulièrement active, bals, équitation, etc. Le 1^{er} mai, ayant passé une bonne partie de la journée à cheval, pour un rallye, elle perd un peu de sang ; cette perte continue les jours suivants, s'accompagne de quelques coliques et devient le 5 mai très abondante. De gros caillots sont expulsés. Comme c'est à peu près l'époque des règles, on ne prend aucun souci de cet état de choses qui continue cependant.

Vers le 12 mai, la perte étant encore très prononcée, quoiqu'un peu atténuée, un médecin est appelé, il ne pratique pas d'examen gynécologique, d'ailleurs il n'y est nullement encouragé par la malade et l'entourage ; il prescrit de l'ergotine et du sulfate de quinine.

Nous sommes consulté le 22 mai ; la malade est très faible, très pâle. Au cœur, existe un souffle doux, au premier temps et à la base.

Amaigrissement, pas d'appétit, abattement extrême. Pas de fièvre. Suintement sanguin vaginal continu, sang rougeâtre couleur de brique. Pas de mauvaise odeur. Aucune douleur abdominale. Col gros, entr'ouvert ; corps volumineux, mais ne dépassant pas le pubis.

Nous faisons immédiatement un lavage utérin à la sonde de Segond ; l'utérus admet aisément la pénétration de cet instrument, puis un badigeonnage utérin léger à la glycérine créosotée au tiers, suivi d'un nouveau lavage utérin. A ce moment, en retirant la sonde dilatatrice de Segond, nous ramenons, pris dans les branches rapprochées de cette sonde, un fragment gros comme une aveline ayant l'aspect extérieur d'un caillot fibrineux. Petit tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Dès ce moment, la perte sanguine devient insignifiante. Nous renouvelons le même traitement le lendemain et le surlendemain ; dès lors, l'écoulement sanguin a disparu totalement.

Peu de temps après, la malade se lève et reprend ses occupations. L'état général est redevenu excellent; ses règles se sont montrées en juillet.

L'examen histologique fait par M. le professeur Coyne a démontré qu'il s'agissait ici d'une fausse couche de peu de jours probablement, vu la dernière apparition des règles. (*D^r Chaleix-Vivie. De la fausse couche ovulaire méconnue. Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 14 oct. 1894*).

CHAPITRE VII

CONSIDÉRATIONS ET CONCLUSIONS

SOMMAIRE : I. — Leçon du Pr Tarnier où il expose les divers traitements de la rétention placentaire. — Méthodes d'expectation, d'intervention. — Observations. — Rétention de placenta. — Administration du sulfate de quinine. — Expulsion. — Sulfate de quinine. — Son action. — Par quel mécanisme agit-il sur la fibre utérine. — Pouvoir utéro-moteur. — Récents travaux de Cordes (de Genève). — De Schwab. — Leurs théories, leurs conclusions. — Indication de l'emploi du sulfate de quinine. — Observations. — Sulfate de quinine, médicament simple, inoffensif, rapide. — A quelle dose doit-on l'administrer. — Manière de l'employer. — Critique. — Médication nouvelle méritant d'attirer l'attention. — Conclusions.

II. — Du choix d'une méthode. — Résumé des opinions des différents auteurs. — Ce qu'il faut en dégager. — Méthode d'*expectation*. — Le placenta retenu peut rester longtemps dans l'utérus sans occasionner de dangers. — Insuffisance de cette méthode. — Femme toujours exposée à des accidents possibles. — Que faire ? — *Intervenir*. — Indications motivant l'intervention. — Résumé : intervenir dès que le moindre accident apparaît ou est à craindre. — Comment interviendrons-nous ? — Rejeter : pincés, curette, etc. — Sulfate de quinine, mode d'intervention. — Si insuccès : curage digital suivi d'écouvillonnage. — En désespoir de cause, dans les cas graves, emploi de la curette sous le contrôle du doigt. — Relever les forces des malades, injections sérum, toniques, traitement général. — Conclusions.

Pendant notre séjour à l'Hôpital de la clinique dans le service du Pr Tarnier, plusieurs cas de rétention placentaire post-abortive s'étant produits, notre maître voulut bien nous faire une leçon clinique (15 mai 1897) dans laquelle il nous exposa et combattit les diverses opinions que l'on pouvait avoir, lorsqu'à la suite d'un avortement le placenta restait retenu dans la cavité utérine.

Nous allons en quelques mots résumer cette intéressante leçon, elle nous permettra d'arriver à la discussion des différentes méthodes de traitement que l'on peut employer et aux conclusions de ce travail.

La malade qu'on nous présente, après une première grossesse à terme, est devenue enceinte presque immédiatement après, environ vers le 15 janvier. Sa grossesse suit son cours normal lorsque, le 5 mai, la malade fait dans un escalier une chute de sept à huit marches. Elle est prise aussitôt de douleurs violentes dans le ventre : elle entre à la clinique avec des contractions utérines. Dilatation 2 francs, rupture des membranes, expulsion d'un fœtus de 18 centimètres, pesant 150 grammes, d'environ 3 à 4 mois. Cet avortement se produit à 1 heure du matin. On attend la délivrance : elle ne se fait pas. Le lendemain à la visite à 10 heures, le placenta n'était pas encore expulsé, il était donc retenu depuis neuf heures. En présence de ce cas de rétention, que fallait-il faire ? La conduite à tenir dans ces cas était des plus variées et les opinions des accoucheurs les plus diverses. Autrefois on attendait patiemment la sortie du délivre, l'expulsion spontanée, expectation simple, incomplète, sans antiseptie qui n'était pas encore connue. Quand les lochies devenaient fétides, on pratiquait quelques injections vaginales et souvent au bout d'un certain temps le placenta était expulsé. Les femmes guérissaient, mais il n'était pas rares de voir survenir ensuite un affaiblissement général des forces, des altérations sensibles de la santé et des accidents plus ou moins éloignés d'endométrites et autres. La découverte de la méthode antiseptique vint restreindre les

cas de mort qui devinrent de moins en moins fréquents et on employa alors, au lieu de l'expectation simple, dangereuse, l'expectation antiseptique armée : on fit avec succès des injections vaginales et même des injections intra-utérines antiseptiques. On se demanda quel antiseptique il fallait employer ; les opinions furent alors partagées. Comment agissent ces antiseptiques ? Le placenta forme dans l'utérus un corps spongieux, par conséquent les liquides injectés peuvent être retenus en quantité notable par ce placenta et absorbés consécutivement par l'organisme maternel et par conséquent s'ils sont toxiques, empoisonner la femme. On cite de nombreux cas, par exemple, d'intoxication par le bichlorure de mercure. L'acide phénique a été ensuite employé, mais n'a pas toujours été inoffensif, car on a pu constater qu'il produisait parfois des accidents immédiats : les femmes pâlissent, étouffent, écume à la bouche, respiration difficile, etc., symptômes ressemblant à une attaque d'éclampsie et l'on a même vu des cas où la mort est survenue cinq minutes après l'injection.

Tarnier a vu plusieurs cas de ce genre et a fait des expériences instructives sur l'emploi de ce médicament. Aussi préfère-t-il employer un antiseptique inoffensif, diminuant les cas de mort et évitant les endométrites consécutives : le permanganate de potasse. On a cru qu'il y avait avantage à extraire le placenta, à ne pas perdre de temps, les femmes pouvaient mourir et si l'on attendait, des hémorragies pourraient se produire, le placenta se putréfier, les lochies devenir fétides et la mort survenir par infection. Alors on a extrait le placenta avec la curette

comme l'avait recommandé Récamier, mais alors sans antiseptie. Ce procédé est revenu d'Allemagne et d'Amérique avec l'antiseptie. De tous côtés on a fait le curettage et Doleris en a montré tous les avantages avec autorité. On s'est bientôt aperçu que ce curettage n'était pas sans inconvénient : on connaît les reproches qu'on lui a adressés, laisser des débris de placenta, perforer l'utérus, etc. Doleris a inventé un instrument, l'écouvillon, qui balaie et nettoie la cavité utérine mieux que la curette. J'ai fait, dit Tarnier, moi-même quelques écouvillonnages, mais pas avec entraînement car je me suis défié des accidents qui pouvaient survenir, c'est pour cela que j'ai continué l'expectation avec antiseptie et je me décide à intervenir avec la curette ou l'écouvillon que lorsque je me trouve en présence d'accidents.

S'il n'y a pas d'odeur des lochies, ni de température on attend. S'il survient de l'hémorragie de fétidité j'interviens, mais au lieu d'intervenir seulement avec la curette ou l'écouvillon j'introduis aussi le doigt qui reconnaît ce qui reste dans l'utérus et le détache : je pratique en un mot le curage digital. J'ai adopté pendant de longues années cette conduite et j'en ai obtenu d'excellents résultats que l'on trouvera publiés dans mon traité Asepsie et Antiseptie. Je reconnais cependant que cette conduite a l'inconvénient d'être moins rapide, de flatter moins l'opérateur, mais elle donne de bons résultats, c'est l'essentiel.

Ce qu'on peut lui reprocher le plus, c'est la sortie tardive du placenta. Peut-on faire cette expectation de manière à la rendre plus rapide?

Un nouveau médicament que l'on a préconisé récemment semble hâter l'expulsion et produire la sortie du délivre.

Dans le cas qui a fait le sujet de cette leçon, après 9 heures d'attente le placenta était toujours retenu. On a donné du sulfate de quinine par paquets, de 50 centigrammes, un à midi, un autre à 4 heures et le troisième, le lendemain matin à 7 heures. Il y a eu de fortes contractions de l'utérus et le placenta à 9 heures était expulsé.

Cette action du sulfate de quinine mérite d'attirer l'attention, elle est simple, peu dangereuse, et ne peut être que d'un bon effet, non seulement comme curatif, mais encore comme prophylactique.

Nous allons reprendre cette question et voir quelle action peut avoir la quinine sur la fibre musculaire utérine et les résultats qu'elle peut produire. Nous essayerons d'en démontrer l'utilité et de donner quelques arguments certainement insuffisants, mais permettant de se faire une idée de ses propriétés et de tout le bénéfice que l'on peut en retirer dans les cas de rétention placentaire.

Considérant d'une part les dangers de l'intervention dans la rétention post-abortive, et d'un autre côté les lenteurs et l'insuffisance de l'expectation antiseptique, quelques auteurs se sont demandés s'il n'existait pas d'autres moyens de délivrer la femme sans intervenir et sans trop attendre. Les anciens croyaient avoir trouvé dans l'ergot de seigle un remède remplissant ces deux conditions. L'ergot, selon eux, suscitait les contractions de l'utérus et expulsait le placenta. Nous avons vu, dans un précédent chapitre, ce qu'il fallait penser de l'action de l'ergot. la

manière souvent dangereuse dont il était employé, et les accidents qui survenaient lorsque les fibres musculaires de l'utérus se contractaient brusquement, le col se refermait et le placenta restait emprisonné dans la cavité plus étroitement qu'avant l'intervention.

Depuis fort longtemps, on a prôné comme succédané de l'ergot de seigle une autre substance moins dangereuse, le sulfate de quinine qui a la même action. dit-on, que l'ergot, mais n'en a pas les mêmes inconvénients.

En 1888, Cordes, de Genève, a fait paraître dans les « Annales de Gynécologie » un intéressant travail sur l'action utéro-motrice de la quinine (1).

Cet auteur nous dit notamment, pour expliquer ce médicament : « l'extraction instrumentale complète et rapide des débris ovulaires n'étant pas sans difficulté et présentant le danger du morcellement des fragments, la quinine qui est un puissant utéro-moteur me paraît préférable, dans la plupart des cas, à l'intervention instrumentale, parce qu'elle excite dans l'utérus de fortes contractions qui détachent les restes ovulaires et les expulsent en bloc ».

Comment agit-elle ? L'action utéro-motrice de la quinine sur les fibres lisses en général et en particulier sur les fibres utérines a été signalée depuis longtemps. Elle se manifeste, a-t-on dit, surtout sur les fibres du corps et respectent celles du col. Cela tient sans doute, dans le cas qui nous intéresse, la rétention, à ce que les fibres du

(1) CORDES (de Genève). Un utéro sédatif, un utéro moteur. *Ann. de gynécologie*, avril 1888, p. 265.

corps et du col ne sont pas également développées, par conséquent la quinine agira de préférence sur la partie qui le sera le plus.

De cette action inégale, il résulte que lorsque le corps se contracte, le col restant ouvert, ce qui reste dans la cavité utérine doit être facilement expulsé. Nous voyons ici que l'action de la quinine est diamétralement opposée à celle de l'ergot. La quinine fait contracter le corps de l'utérus. l'ergot fait resserrer le col et ferme la seule issue ouverte pour l'expulsion du corps étranger.

Récemment, M. Schwab (1), dans un travail paru en janvier 1897, a repris cette question de l'emploi de la quinine comme agent utéro-moteur et ecbolique, et se basant sur un certain nombre d'observations était arrivé aux conclusions suivantes : « Le sulfate de quinine, disait-il, a une action manifeste et très souvent rapide sur les contractions utérines, une fois que le travail est déclaré, que la contractilité des fibres musculaires de l'utérus est mise en jeu. C'est en un mot un agent ocytocique. Mais par contre nous estimons que la quinine ne saurait en aucune façon agir comme abortif, c'est-à-dire mettre en branle-bas la contractilité utérine. Au lieu de provoquer, comme l'ergot de seigle, des contractions permanentes, continues, partant dangereuses, la quinine détermine des contractions toujours intermittentes tout comme les contractions physiologiques et présente ce grand avantage d'être inoffensive pour la mère. » Cet auteur a étudié à nouveau cette ques-

(1) SCHWAB. In *Méd. moderne*, 3 janvier 1897.

tion dans un second travail et nous a montré, avec des observations à l'appui, tout ce que l'on pouvait obtenir de l'emploi de la quinine, dans la rétention placentaire ports abortive (1).

Nous allons analyser en quelques mots son intéressant travail. La première fois qu'il avait parlé de la quinine, l'auteur n'avait envisagé l'action de ce médicament que dans le cas seulement d'inertie utérine lors de l'accouchement à terme. Mais ayant observé tout ce que l'on pouvait retirer de son emploi, et pensant à juste raison que cette médication était complètement inoffensive il pensa qu'il serait peut-être bon d'employer la quinine dans les différents cas de rétention placentaire à la suite de l'avortement. Il essaya donc dans les hôpitaux cette nouvelle médication et en obtint d'excellents résultats. Il cite dans son travail plusieurs observations où le placenta fut expulsé peu après l'administration de la quinine. Nous allons en citer quelques-unes, nous en ajouterons que l'on a bien voulu nous communiquer et nous rappellerons simplement celle du début de ce chapitre où l'administration de 1,50 de quinine en trois paquets fut suivie de l'expulsion complète du délivre.

OBSERVATION

Avortement de 3 mois chez une syphilitique. — Rétention du placenta pendant vingt-quatre heures avec hémorragie légère. — On donne 1 gramme de quinine, le placenta est expulsé au bout de vingt-cinq minutes.

M^{me} A..., âgée de 20 ans, 1^{re} pare, entre à l'hôpital Lariboisi-

(1) SCHWAB. In *Journ. l'Obstétrique*, mai 1897.

sière dans le service de notre maître le D^r Maygrier, le 29 décembre 1896.

Enceinte de 3 mois, elle a expulsé chez elle, le 29 décembre, à 7 heures du matin, un fœtus de 3 mois environ.

* A son arrivée dans le service à 10 heures du soir, on sent par le toucher un petit cordon traversant le col qui est fermé. L'utérus encore gros contient le placenta.

Cette femme est en pleine période secondaire de la syphilis.

On fait de l'antisepsie vaginale.

Le lendemain matin, dans une injection, on retire 100 grammes de caillots environ ; dans une seconde injection, de nouveaux petits caillots.

Vers 8 heures du matin (30 décembre), le toucher vaginal donne les renseignements suivants : col raccourci, mais fermé. A l'orifice externe, on sent un petit cordon ombilical traversant le col. La femme perd un peu de sang.

On donne alors, à 11 heures du matin, 50 centigrammes de quinine et un second cachet à 11 heures 1/2.

A 11 heures 55, c'est-à-dire vingt-cinq minutes après l'administration du second cachet, l'expulsion spontanée du placenta a lieu dans une injection. Le placenta pèse 80 grammes, il est complet. Cette expulsion s'est faite sans douleurs, ni hémorragie.

En somme, avortement de 3 mois chez une syphilitique ; rétention du placenta pendant vingt-quatre heures, avec hémorragie légère. On donne 1 gramme de sulfate de quinine et au bout de vingt-cinq minutes le placenta est expulsé sans douleurs ni hémorragie. (*In Schwab. J. Obstétrique, mai 1897.*)

OBSERVATION

(Inédite.)

M^{me} T..., âgée de 32 ans. A eu deux enfants, le premier est mort, le second est âgé de 4 ans.

Dernières règles fin août. Pas de phénomènes particuliers à

noter au cours de la grossesse. Le 27 janvier 1898 on m'appelle ; pertes très abondantes. La malade a expulsé un fœtus de plus de 15 centimètres que l'on me montre et qui, en raison de sa conformation, indique une grossesse d'environ 5 mois. La cause de l'avortement serait un léger traumatisme de l'abdomen. Pas de syphilis ni d'intoxication. Quoi qu'il en soit, le toucher vaginal permet de sentir des membranes dans l'orifice entr'ouvert du col. Injections chaudes avec des paquets de sublimé (formule de l'Académie), toilette vulvaire, ouate hydrophile au-devant de la vulve, et le soir même je fais prendre un cachet de 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain trois cachets de 25 centigrammes, un le matin, deux le soir. La malade perd toujours, mais ses pertes n'ont pas d'odeur spéciale. Dans la nuit elle éprouve quelques coliques et expulse l'arrière-faix ; l'antiseptie vaginale continuant toujours, elle reprend ses occupations ménagères le cinquième jour. Depuis rien d'anormal. (*Communiquée par mon ami le Dr E. Lévy.*)

OBSERVATION

Avortement de 2 mois. — Rétention ovulaire avec hémorragie légère et présence de l'œuf près de l'orifice interne. — Expulsion rapide de l'œuf après l'administration du deuxième cachet de quinine.

M^{me} P..., âgée de 23 ans, a déjà eu 5 grossesses dont 4 se sont terminées avant terme. Depuis 4 ou 5 ans elle présente des signes de métrite avec leucorrhée abondante augmentant pendant les grossesses.

La grossesse actuelle remonte à la fin du mois d'août 1896.

Le 8 novembre suivant, c'est-à-dire au bout de deux mois de grossesse, elle fait une chute dans l'escalier, et, dans la nuit, elle est prise d'une hémorragie abondante avec expulsion de caillots.

Elle entre dans le service de M. Maygrier, à Lariboisière, le

9 novembre, à 10 heures du matin ; le col est effacé, entr'ouvert et, dans le col, on sent une masse qui semble être un œuf ouvert. L'utérus a le volume d'une grosse orange. La température est normale.

Pendant la journée du 6 novembre, l'état du col ne se modifie pas ; on peut y sentir toujours la masse ovulaire. Mais la femme continue de perdre un peu de sang.

Le 10 novembre, on donne à la femme un cachet de 50 centigrammes de quinine, à 4 heures du soir. Il ne se produit ni douleurs ni hémorragie.

On donne alors un second cachet le lendemain 11 novembre, à 9 heures du matin. Une dizaine de minutes après, il se fait un écoulement de sang assez abondant, accompagné de quelques douleurs.

Au toucher, on trouve à ce moment l'œuf dans le vagin d'où on le retire.

Suites de couches parfaites. (*In Schwab. J. Obstetrique, mai 1897.*)

OBSERVATION

Avortement de 3 mois 1/2. — Rétention placentaire pendant quatre jours. — Expulsion du placenta deux heures après l'administration de deux cachets de 50 centigrammes de quinine.

Femme multipare, âgée de 34 ans, a eu un accouchement spontané à terme et 8 avortements successifs variant entre 3 mois et 3 mois 1/2. À chaque fausse couche, cette femme a dû garder le lit pendant plusieurs semaines, et elle présente tous les signes d'une endométrite.

La grossesse actuelle date du mois de juillet 1896. Elle entre à l'hôpital Lariboisière, dans un service de médecine, en octobre, pour des vomissements graves de la grossesse.

Le 3 novembre elle commence à perdre de l'eau ; et le 14 no-

vembre elle expulse, dans le service de médecine, un fœtus de 3 mois $1/2$ environ.

Le placenta est retenu dans la cavité utérine et le col revient sur lui-même. La rétention placentaire persistant encore — quoique sans accidents — le 18 novembre, c'est-à-dire 4 jours après l'expulsion du fœtus, on fait passer la femme dans le service d'accouchements.

A ce moment, l'état est le suivant : pas de douleurs, pas d'hémorragie, pas de signes d'infection ; le col est long et fermé.

En présence de cet état, on donne à la femme, le 18 novembre, à 3 heures du soir, un cachet de quinine de 50 centigrammes.

Or, à peine une heure après, la malade se plaint de très fortes coliques ; et en même temps il se produit une métrorrhagie de moyenne intensité, avec expulsion de 300 grammes de caillots environ.

Au toucher, on trouve alors un col complètement effacé, et dilaté comme 1 franc.

On redonne à 5 heures du soir un second cachet de 50 centigrammes de sulfate de quinine, et presque immédiatement le placenta est expulsé.

Le placenta présente sur sa face utérine un petit caillot assez adhérent. Il n'est pas altéré.

Les suites de couches sont absolument normales.

On peut donc résumer de la façon suivante cette observation : avortement de 3 mois $1/2$; rétention placentaire pendant 4 jours, avec col fermé.

On donne 50 centigrammes de quinine, et au bout d'une heure, des contractions utérines se manifestent, le col s'efface et se dilate ; une heure après, on redonne un second cachet, et rapidement le placenta est expulsé. (*In Schwab. J. Obstétrique, mai 1897.*)

OBSERVATION

Avortement à 5 mois. — Rétention et résorption putride du placenta. — Injections intra-vaginales. — Sulfate de quinine. — Guérison.

Lit 8, L... (Victorine), 31 ans, célibataire, couturière, entre à la clinique le 8 mai 1872. A déjà eu un enfant qui vit encore. A eu ses dernières règles le 24 novembre; elle est donc probablement à la fin du cinquième mois de sa grossesse.

8 mai. — Perte assez abondante et douleurs extrêmement vives nécessitant son entrée à l'hôpital.

Le 11. — Au soir, rupture des membranes.

Le 12. — A 8 heures du soir, apparition des premières douleurs.

Le 13. — A 9 heures du matin, accouche d'un fœtus [pesant 600 grammes, mort-né. Le travail a duré treize heures. La délivrance se faisant attendre, la sage-femme essaye d'extraire le placenta, mais ne retire qu'un caillot.

Le 14. — A la visite du matin, M. Depaul introduit deux doigts dans la matrice; sent une faible portion placentaire décollée et engagée dans le col; il sent le délivre encore implanté au fond de la matrice; il ne peut arriver à extraire le lambeau détaché, ni à décoller le reste. M. Depaul ne juge à propos d'intervenir; il se contente de prescrire plusieurs injections au permanganate de potasse.

Le soir, même état, si ce n'est que la malade a eu un petit frisson et un léger mouvement fébrile, que le placenta commence à sentir mauvais. Prescription: sulfate de quinine.

Le 15. — A la visite du matin, l'orifice externe est encore béant, forme une sorte d'entonnoir ayant son bout rétréci en haut et l'ouverture évasée du côté de l'orifice externe. En introduisant deux doigts dans la matrice, on ne sent plus ni la portion adhérente, ni le lambeau qui hier commençait à s'engager dans le col.

Pourtant il n'est rien sorti par le vagin que le cordon et quelques caillots qui ont été examinés, et n'ont rien présenté ressemblant à des portions de placenta. Personne n'a touché la femme dans l'intervalle et il est impossible de rien trouver dans les draps. Une odeur caractéristique fétide s'échappe par les parties génitales, et l'utérus est bien plus gros qu'il ne l'est habituellement au cinquième mois ; il s'élève encore à quatre ou cinq travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Un peu de fièvre. M. Depaul se décide à attendre encore quelques heures avant d'intervenir plus activement. On continue les injections, et le soir même, à cinq heures, au moment où on administrait une injection, l'expulsion du délivre eut lieu spontanément.

Le 16. — État satisfaisant. La malade va de mieux en mieux et quitte l'hôpital à la fin de la semaine. (*In thèse d'Ebstein, 1872.*)

OBSERVATION

Avortement à 3 mois. — Rétention et décomposition putride du délivre. — Injections intra-vaginales et intra-utérines. — Sulfate de quinine. — Guérison.

Marie C..., âgée de 24 ans, entre le 25 décembre 1876, dans le service de M. le Dr Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine.

C'est une femme qui jouit d'une bonne santé habituelle ; elle a été réglée pour la première fois à 14 ans, et depuis, ses époques menstruelles ont toujours été très régulières.

Elle n'a jamais eu d'enfant.

Il y a environ trois mois (on n'a pu savoir la date exacte), elle a eu ses règles pour la dernière fois. Le ventre commença à augmenter de volume, les seins devinrent plus gros et plus douloureux, et tous les signes rationnels d'une grossesse s'établirent.

Elle était parfaitement portante lorsque le 23 décembre au soir elle fut prise, sans cause nettement déterminée, d'une hémorragie assez abondante, accompagnée de caillots au milieu desquels l'embryon, paraît-il, fut expulsé.

A l'entrée à l'hôpital, qui a lieu le surlendemain, on constate une pâleur générale des téguments, et une anémie assez prononcée. Le ventre est légèrement douloureux à la pression. Il existe par les voies génitales un suintement sanglant : le doigt introduit dans le vagin arrive sur un col un peu mou, dont l'orifice externe est entr'ouvert l'orifice interne fermé, et dans lequel rien n'est engagé.

On est obligé de s'en tenir à un diagnostic probable : avortement spontané à trois mois, avec ou sans expulsion du délivre.

On prescrit le repos horizontal, des boissons glacées et acidulées, une alimentation légère.

Les jours suivants la perte s'est arrêtée complètement ; cependant la malade ressent toujours quelques douleurs dans la région hypogastrique. Il n'y a pas d'élévation de température, mais il est survenu un embarras gastrique assez prononcé : langue large et blanche, dégoût des aliments, anorexie.

Le 30 décembre, on prescrit un purgatif léger.

La perte avait complètement cessé, l'embarras gastrique persistait seul, et l'on allait autoriser la malade à se lever un peu, lorsque, le 5 janvier, elle est prise dans la soirée de légers frissons, de douleurs assez vives dans le bas-ventre, en même temps que reparaît l'écoulement sanguin. Température 38°.

Le 6 janvier, à la visite du matin, on constate que l'orifice externe du col est légèrement ouvert, et on peut sentir une petite masse molle et membraneuse, irrégulière, comme déchiquetée sur ses bords, engagée dans la cavité cervicale. Le doigt revient teint de sang et exhale une odeur assez fétide. On diagnostique une décomposition putride du placenta, retenu jusqu'alors dans la cavité utérine.

M. Brouardel, qui voit la malade en se rendant dans ses salles, et M. Mesnet, chef du service, sont d'avis qu'il ne faut nullement essayer d'extraire les débris du placenta engagés dans le col, et qu'il faut en abandonner l'expulsion à la nature, tout en l'aidant par des injections intra-vaginales. On prescrit en même temps 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 7 janvier, l'état de la malade est assez bon. Pas de fièvre, même embarras des voies digestives. Le doigt ne trouve plus dans le col que des débris membraneux, putréfiés. L'écoulement vaginal est assez fétide. La plus grande partie de la masse engagée dans le col a été chassée par les injections, ces débris présentant tous les caractères du tissu placentaire, mais altéré et en état de putréfaction.

On prescrit alors deux injections intra-utérines par jour, qui sont faites à l'aide d'une sonde à double courant et avec de l'eau légèrement alcoolisée.

Ces injections sont continuées en même temps que l'usage du sulfate de quinine, le 8 et le 9 janvier.

A partir de ce dernier jour le liquide ressort clair et limpide du vagin. Tous les détritrus ont disparu. On cesse les injections. On constate que le col est refermé, et le spéculum montre qu'il est sain.

La malade commence à recouvrer l'appétit. Traitement tonique : fer, quinquina.

Le 15 janvier, elle part pour le Vésinet, ne présentant plus que quelques symptômes d'anémie. (*In thèse Grason, 1879. Communiquée par M. Maygrier*).

OBSERVATION

X..., 36 ans; bien réglée habituellement; a eu un accouchement à terme il y a une douzaine d'années.

Dernières règles, le 13 novembre 1878. A la suite de fatigues produites par des courses longues et fréquentes et ayant déjà occasionné quelques coliques, cette femme est prise, le 26 février 1879, vers midi, de tranchées assez vives qui l'obligent à se mettre au lit. A 3 heures, elle expulse un fœtus présentant de nombreuses taches ecchymotiques.

Examen de la malade à minuit: elle a eu une hémorragie assez abondante à la suite de l'expulsion du fœtus. Le col est

refermé au niveau de l'orifice interne ; la cavité cervicale contient deux masses molles au milieu desquelles on perçoit par le toucher un filament donnant la sensation du cordon ; au moyen de l'index et du médius introduits dans le vagin on opère quelques tractions qui n'amènent que des débris de membranes ; la masse placentaire résiste à ces tractions et il est impossible de l'extraire, retenue qu'elle est par l'orifice interne.

Le 27 février, lendemain de la fausse couche, l'état général est bon ; il n'y a pas de fièvre ; il existe un écoulement sanguin assez abondant, sans hémorragie cependant. On ordonne des injections phéniquées au millième, et, comme alimentation, du bouillon, des potages, du lait. On a soin de tout préparer pour le tamponnement, en cas d'écoulement sanguin plus abondant.

Le 28. — Léger mouvement fébrile ; l'écoulement a contracté une odeur assez fétide ; le soir, un frisson, accusé par la malade, mais non constaté par le médecin. On prescrit des injections au permanganate de potasse et du sulfate de quinine.

1^{er} mars. — La température paraît assez élevée, quoique n'ayant pas été prise thermométriquement ; le pouls est fréquent ; les seins sont très volumineux, tendus, douloureux ; la pression fait sourdre du lait en abondance ; on applique sur les seins une épaisse couche de ouate ; l'écoulement est beaucoup moins odorant que les jours précédents : quelques débris de membranes très fétides sont encore extraits et le même traitement est continué ; quatre injections par jour ; 60 centigrammes de sulfate de quinine ; on prescrit en outre 30 grammes d'huile de ricin.

Le 2. — Le col est presque complètement refermé ; le doigt ne peut plus qu'avec peine pénétrer dans l'orifice externe, où l'on sent quelques débris ramollis.

Le 3. — *Fièvre tombée complètement* ; état général satisfaisant ; écoulement séro-sanguin légèrement odorant ; la malade est vue tous les jours deux fois, et le même traitement est suivi jusqu'au 14 mars ; de temps en temps elle éprouve de petites coliques sans que le toucher puisse faire constater de modification à l'état précédent.

Le 14. — Au matin, après quelques coliques plus violentes, la malade a expulsé au milieu de caillots *un placenta* légèrement odorant, *mais non putréfié et entier.*

Le 15. — Les liquides qui s'écoulent par la vulve sont légèrement fétides; on continue pendant quelques jours les injections au permanganate de potasse: et l'usage du sulfate de quinine à dose plus faible: 30 centigrammes. La santé s'est promptement rétablie, et la malade revue quelques semaines plus tard est complètement remise; elle présente seulement des symptômes d'anémie, pour lesquels un traitement tonique et ferrugineux est institué; au bout de trois mois sa santé est parfaite, les règles sont revenues normales et l'utérus a repris son état physiologique. (*D^r de Sinety. In Thèse Gruson, 1879.*)

D'après ces observations, on voit que l'administration du sulfate de quinine a été suivi des plus heureux succès. Nous aurions pu multiplier les exemples, mais nous croyons que les observations qui précèdent sont assez caractéristiques pour qu'on puisse se faire une idée de l'action de la quinine. Nous avons vu ce médicament employé bien des fois à la clinique et on a obtenu de nombreux succès.

A quelle dose doit-on donner la quinine? A la dose de un gramme en deux cachets de 0,50 centigrammes, pris à dix minutes d'intervalle. Il vaut mieux ne pas espacer l'administration des doses, l'efficacité est plus grande et plus certaine: on réveille ainsi plus facilement les contractions utérines, même dans un utérus gravide de quelques mois seulement.

Comme l'ergot, la quinine, nous l'avons vu, n'agit qu'autant que l'utérus a déjà été contracté et dans les cas de rétention placentaire il est facile de voir qu'elle trouvera toujours cette condition. C'est un médicament inoffensif.

agissant sur l'utérus par contractions successives, répétées et non continues comme l'ergot de seigle. Il ne tétanise pas l'utérus et agit sur le corps plutôt que sur le col. Le col est donc libre, mou, le muscle utérin se contracte et chasse le délivre qui n'éprouve aucune résistance pour franchir le col entr'ouvert.

On a objecté que dans bien des cas où l'on a administré la quinine, le placenta serait peut-être sorti spontanément si l'on n'avait rien fait. Nous pouvons répondre à cette objection qu'il y a bien des cas aussi où l'on a employé la quinine au point de vue du traitement général et où le placenta a été expulsé spontanément, dit-on, mais ne pourrait-on pas dire plutôt : grâce à l'action de la quinine.

Cette médication, avons-nous dit, est bien inoffensive; que risque-t-on, en effet, en faisant prendre à la malade un gramme de quinine, quitte, si l'on n'obtient pas de succès, à employer des moyens plus actifs? Son action ne pourra qu'être salutaire.

Il ne faut pas conclure de tout cela que le sulfate de quinine est un remède héroïque, infaillible, réussissant toujours, loin de là, mais c'est un médicament qui paraît intéressant à étudier, comme antiseptique, prophylactique ou curatif. Avec le temps, les observations, on pourra voir dans la suite toute la valeur de cette médication.

Nous pensons, en attendant, qu'elle présente de sérieux avantages que l'on ne risque rien à rechercher vu l'innocuité de ce médicament, et si l'on obtient par son emploi des résultats négatifs, on est toujours libre de s'adresser à des procédés plus actifs qui expulseront le placenta de la cavité utérine.

Après avoir étudié longuement et avec impartialité les différentes théories, analysé les diverses méthodes des auteurs qui ont traité la question de la rétention placentaire, le moment est venu de dégager de toutes ces discussions et critiques une opinion rationnelle et pratique qui nous permette de ne pas hésiter quand nous serons en présence de rétention du placenta dans l'avortement. Nous avons dit dans la préface de ce travail que nous n'étions partisan exclusif d'aucune méthode, mais que nous choissions dans toutes ce qu'elles avaient de meilleur, de façon à profiter ainsi des avantages d'une médication sans en avoir les inconvénients.

Quelle conduite tiendrons-nous ?

Interviendrons-nous, ou bien serons-nous simplement expectants ?

Si nous consultons les statistiques indiquées dans les ouvrages traitant de l'avortement, et constatant les différentes valeurs des diverses méthodes, nous voyons que dans bien des cas, nous dirons même, dans le plus grand nombre de cas, lorsqu'on a abandonné le placenta dans la cavité utérine et qu'on a pratiqué des injections antiseptiques méthodiques et rigoureuses, pansements vulvaires, etc., l'expulsion s'est faite spontanément sans occasionner de danger, et sans aucun accident consécutif. C'est là l'opinion de beaucoup d'accoucheurs et des plus autorisés.

Remarquons, sans rejeter cette méthode, qu'elle n'est légitimé, dans la rétention, que si l'on peut surveiller la femme d'une façon incessante et continue.

Il faut bien distinguer ici la pratique de l'hôpital et

celle de la ville (1). Il est incontestable, en effet, que la rétention de l'arrière-faix peut se compliquer d'un moment à l'autre d'hémorragie parfois très grave; si dans un service d'accouchement pareil accident se produit il y aura près de la femme des aides capables de lui porter efficacement secours. En ville, au contraire, cette surveillance n'est pas toujours facile, l'antisepsie difficile à réaliser et les chances, ou plutôt les dangers d'infection bien faciles, aussi ne devra-t-on pas laisser une malade avec un placenta abortif retenu dans la cavité utérine; pour la mettre à l'abri d'accidents pouvant se produire d'un moment à l'autre, il faut l'en débarrasser: nous interviendrons donc.

Quelles sont donc les indications qui motiveront notre intervention? Elles ont été énoncées par M. Maygrier dans un récent travail (2).

Les voici résumées: dans la rétention placentaire post-abortive, il y a lieu d'intervenir:

1° Toutes les fois que la rétention s'accompagne d'accidents, tels qu'hémorragies, fièvre, odeur des lochies, signes d'infection, même légère;

2° Dans les cas de placentas multiples, car dans les avortements gémellaires, la rétention prolongée du délivre peut donner lieu rapidement aux accidents les plus graves en raison du volume considérable de la masse placentaire qui l'expose davantage à la putréfaction;

3° Dans certains cas où l'on a des doutes sur l'origine de l'avortement et où il y a lieu de supposer qu'il est le

(1) SCHWAB. *Loc. cit.*

(2) MAYGRIER. Traitement de l'avort. incomplet, *Obstétr.*, 6 juillet 1897.

résultat de manœuvres abortives. A la suite de ces manœuvres pratiquées en général sans aucune précaution antiseptique, l'infection est fréquente et il semble prudent d'agir vite, même en dehors de tout accident apparent et de prévenir l'infection probable par l'évacuation et le nettoyage précoces de la cavité utérine :

4° Toutes les fois enfin que la rétention se prolonge au delà de 3 ou 4 jours, bien que sans accidents et qu'il n'y a plus tendance à l'expulsion et que le col se referme (Maygrier).

En résumé, toute l'indication consiste à intervenir dès *que le moindre accident apparaît ou est à craindre*, ou lorsque la rétention se prolonge outre mesure; et que le col a tendance à se refermer.

Comment interviendrons-nous ? Nous avons analysé et discuté les divers procédés et nous avons vu combien peu étaient sûrs et inoffensifs : les pinces, avons-nous dit, sont dangereuses, la curette risque de perforer l'utérus et d'oublier des débris de placenta, les doigts sont insuffisants, et le seigle ergoté doit être rejeté énergiquement tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus. Quel moyen emploierons-nous donc pour extraire le placenta ? Puisque nous avons montré que cette expulsion était nécessaire pour sauvegarder la santé de la femme, que l'intervention instrumentale ou manuelle n'était pas toujours exempte de dangers et qu'il était des circonstances où l'urgence s'imposait, nous avons cherché un moyen d'arriver à ce résultat. Nous avons trouvé le sulfate de quinine qui nous permet d'agir, mais d'une façon inoffensive sans possibilités de dangers, sans aucune éventualité d'accidents.

Nous avons vu ses qualités, son action sur la fibre utérine, son innocuité, sa simplicité et les excellents résultats auxquels a donné lieu son administration : nous l'emploierons donc et *ce sera là notre mode d'intervention*.

En même temps que nous donnerons le sulfate de quinine, nous ne négligerons pas les injections antiseptiques, pansements vulvaires, etc.

Que ferons-nous si notre médication échoue et que des accidents menacent ou surviennent, à quelle intervention nous adresserons-nous ?

Nous considérons dans ce cas le curage digital comme un procédé de choix, présentant moins de danger que les manœuvres instrumentales. Ce curage sera fait, complètement, aseptiquement, sous le chloroforme après dilatation du col et d'après les règles exactes que nous avons indiquées plus haut. Il sera toujours suivi de l'écouvillonnage de la cavité utérine qui donnera, comme le dit M. Doleris, le coup de balai de la fin. Le tout sera suivi d'une irrigation antiseptique de l'utérus et du tamponnement du vagin à la gaze iodoformée ou salolée.

Mais si après tout cela, notre intervention a été sans effet, que ferons-nous ?

Si la septicémie est déjà généralisée, si l'hémorragie menace d'avoir une issue fatale, devant l'éminence du danger il ne faudra pas hésiter à pratiquer immédiatement le curetage de la cavité utérine, avec antiseptie rigoureuse, prudence et en ne faisant pénétrer la curette que sous le contrôle du doigt qui ne la quittera pas comme nous l'avons recommandé déjà.

Il ne faudra pas négliger le traitement général, mais

relever les forces du malade avec toutes les médications appropriées, injections de sérum, transfusion du sang dans les cas graves, fortifiants, toniques, etc.

En suivant ces quelques conseils pratiques nous osons espérer que l'on mettra la malade à l'abri des accidents consécutifs à la rétention placentaire et qu'on les combattra avantageusement, lorsqu'ils se seront déclarés et cela, si l'on a soin d'agir, dans tous les cas qui se présenteront, avec sang-froid, prudence et raison.

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS

Toute rétention de placenta dans l'avortement peut être considérée comme une complication sérieuse, que cette complication soit simple ou qu'elle s'accompagne d'accidents hémorragiques ou infectieux.

Nous devons donc prévenir la possibilité de ces accidents et extraire aussi rapidement que possible le placenta de la cavité utérine.

Comme traitement de cette rétention plusieurs méthodes ont été proposées :

1° En présence d'accidents, toutes s'accordent à intervenir :

2° En l'absence d'accidents immédiats deux méthodes sont en présence :

- a) *L'expectation antiseptique, armée ;*
- b) *L'intervention médicale ou chirurgicale.*

Comme *intervention médicale* le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme et plus en cachets de 0,50 centigrammes semble avoir donné de bons résultats. C'est un moteur de la fibre utérine, un écholique qui en suscitant les contractions utérines détachera le placenta.

Le traitement chirurgical est des plus variés.

1° Curage digital de la cavité utérine avec tamponnement consécutif :

2° Raclage de cette cavité avec la curette mousse ou tranchante :

3° Écouvillonnage suivi d'irrigations et de tamponnement antiseptiques.

Pour les raisons exposées et justifiées dans ce travail et dans nos conclusions, il nous semble que le *sulfate de quinine*, grâce à son action ecbolique, pourra être employé comme nous l'avons indiqué pour détacher le placenta, ce sera le premier temps d'une thérapeutique plus active, si nécessité il y a. On aura alors recours au curage digital complet de la cavité utérine, sous le chloroforme et après dilatation large du col.

Ce curage sera suivi d'irrigations, d'écouvillonnage et de tamponnement antiseptiques de l'utérus et du vagin.

Dans les cas graves on aura, en dernier lieu, recours au curettage complet de la cavité utérine.

Ce curettage se fera toujours sous le contrôle du doigt.

On réservera dans la suite une très grande part au traitement général.

VU ET APPROUVÉ :

Le président de thèse,
P. BERGER.

VU :

Le doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
O. GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELIN. — Antisepsie et antiseptie en obstétriq. *Archiv. Tocol*, oct. 1888.
- ACKER. — Retained placenta after abortion. *Americ J. of Obstetric*, 1884.
- ADRIET. — *Thèse*, Paris, 1885.
- AIR. — Adhesion of the placenta. *Lancet*, Lóndon, 1881.
- ALBERT. — De la rétention du placenta. *Thèse*, Paris, 1878.
- ALBERT (Louis). — Des adhérences anormales du placenta. *Thèse*, Paris, 1878.
- *Deutsch med. Zeit.*, 1885, et *Centralbl. f. Gyn.*, n° 45.
- *Médecine moderne*, mars 1893.
- ALBERTIN. — Injection intra-utér. au point de vue obstétrical. Lyon, 1887.
- ALLOWAY. — Troatment of puerperal septicemia. *Canada méd. Record*, 1883.
- *London med. Record*, 15 juillet 1883.
- *Med. News*, 1883.
- *Canada med. and Surg. J.* Montréal, 1886-87.
- The immediate use of the uterine scoop or curettè in the treatment of abortion. *Americ. J. of Obstet.*, 1883.
- ANUSCHAT. — Zur Behandlung der Abortus. *Centralb. für Gyn.*, 1885.

ARAN. — Leçons cliniq. sur les maladies des femmes, recueillies par le Dr Gaucher. Paris, 1858-60.

ARMAS (DE). — De la rétention placentaire. *Thèse*, Montpellier, 1889.

AUDEBERT. — *Thèse*, 1890.

AUDEBERT et CHALEIX. — *Semaine mèh.*, août 1895.

AUVARD. — Antisepsie obstétr. *Archiv. Tocol.*, oct. 1888.

— Thérapeut. de l'avortement. *Gaz. hebdomad.*, 1887-86.

— *Passim* in travaux d'obstétrique et de gynécologie.

AVRARD. — Injections intra-utérines. Bordeaux, 1866.

BAER. — Placental polypus which simulated malignant disease of the uterus am. J. obst. New-York, 1885.

BAIFEY. — Managements of secundines after abortion. *Louisville med. News*, 1883.

BAR. — Méthodes antiseptiq. en obstétriq. *Thèse*, Agrégat, 1883.

BARBOUR. — Société obstétricale Edimbourg, séance du 9 décembre 1885.

— Pathol. of post-partum uterus. *Edimb. med. J.*, 1884.

BARDINET. — *Bull. de l'Acad.*, 1864.

— *Archiv. Tocol.*, mai 1888.

— Recherches sur une des causes, etc. Paris, 1828.

— *Bulletin méd.*, 1829.

BARNAY et ROLLAND. — *Loire médicale*, 15 décembre 1889.

BARNES (Robert). — Leçons d'opérations obstétricales. Traduction française, 1873.

BATUAUD. — Quatre cas de mort à la suite du raclage. *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, 1887.

BAUDELLOCQUE. — Art des accouchements. Paris, 1778.

BAUGÉ. — *Lyon médical*, 1882.

BEAUFORD (DE). — *Bulletin therap.*, 1879.

BELL (Rob.). — A new mode of treating puerperal fever. *Edimb. med. J.*, 1878.

— *Obstet. J. of Great-Britain*, nov. 1880.

- BERGESIO. — *Revue italienne*, in repertoire universel d'obst. et Gyn.
- BERNSTEIN. — Endométrite puerpérale traitée par le raclage. *Med. Obozr.*, n° 13.
- BERRY HART. — Mécanisme de la délivrance. *Edinburg med. J.*, octobre 1888.
- BERRY HART. — Placenta adhérent. Symptômes et traitement. *Edinburg med. J.*, mars 1889.
- BIBOT. — Trait. de l'avort. embryonnaire, *Arch. Tocol.*, 1894.
- BISCHOFF. — Die sogenannte Endometritis fungosa. *Correspondenzbl. für Schw. Aertze*, 1878.
- BLOCH (A.). — Ueber die Behandlung von Metrorragien bedingt durch Retention von Abortusresten. 1889.
- BLOCH. — Puerperale Spätblutung. *Berl. klin. Wochens.*, 1882.
- BOARDMAN. — Traitement de la fièvre puerp. par l'iodoforme. *The Boston med. and surg. J.*, 1884.
- BODÉ. — Étude clinique de la septicémie puerpérale. *Thèse*, Paris, 1877.
- BOETERS. — Zur Behandlung der Blutungen nach Abort. *Centralbl. für Gynæk.*, 1877.
- BOIVIN (M^{me}). — *Mémorial des Accouchements*, 1836.
- BOLD. — *Soc. med. all. de Ney-York*, in Repertoire.
- BONNAIRE. — Traitement de l'infect. puerpérale. *Trib. médic.*, 1889.
- BOREL. — Curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche. *Lyon médical*, 10 novembre 1889.
- *Nouv. J. d'Obstétr. et de Gynécol.*, fév. 1890.
- BOUCHACOURT. — Art. Délivrance du *Dictionn. Encyclop.*, 1882.
- BOUREAU. — Cûrage de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1887.
- BRANNAU. — The treatment of retained secundines. *Boston med. and surg. J.*, 1884.
- BRAUN (VON). — Abortus mit Verbleiben der Placenta im Uterus. *Allg. Wien. Ztg.*, 1882.
- BRAUN (VON). — Abortus mit Verbleiben der Placenta im Uterus. *Allg. Wien. Ztg.*, 1882.

- BRAXTON HICKS. — Louds obs. Traus, 1861.
- BREISKY. — Traitement local intra-ut. de la fièvre puerpérale. *Zeitschrift für Peilk.*, Bd I, 1881.
- BRESLAU. — Zur Lehre von unvolkemenen Abortus. *Wien. med. Presse*, 1866.
- BREUS. — Ueber cystose Degeneration der Decidua vera. *Arch. f. Gyn.*, 1882.
- BRINTON. — Abortion with retained placenta. *Indep. Pract. N.-Y.*, 1881.
- BRINTON. — Abortion with retained placenta. *Indep. Pract. N.-Y.*, 1881.
- BRION. — 530 cas d'avortements. *Thèse*, Paris, 1896.
- BROWN. — De l'emploi de la curette comme moyen de traitement et de diagnostic. *Bullet. de la Faculté de Médecine de Maryland*, 28 août 1886.
- De l'emploi de la curette après l'avortement. *Med. News*, 27 mai 1886.
- BUDIN. — Délivrance artificielle. *Progrès médical*, 1889.
- *Gaz. hebdomad.*, 1886, p. 783.
- Obstétr. et Gynécol. Paris, 1886. *Passim*.
- BURTON. — *Med. Press.* Lond., 1882.
- BYERS. — Treatment of abortion. *Dublin Journ. of Med.*, juillet 1887.
- CAMERON (Murd.). — *Britishmed. Journ.*, 31 mai 1888.
- CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchements, 3^e édit., 1823.
- CASTERA. — Délivrance dans l'avortement. *Thèse*, Paris, 1876.
- CAZEAUX. — Traité de l'art des accouchements, revu par Tarnier. Paris, 1870.
- CASTAN. — Curettage de l'ut. dans la rétention placentaire. *Thèse*, Paris, janv. 1889.
- CHAILLY. — Traité d'accouchements. Paris.
- CHALEIX-VIVIE et AUDEBERT. — Traité de l'avortement incomplet. Paris, 1890.
- CHALLIER. — *Thèse*, Paris, 1866.

- CHALOT. — *Gaz. hebdomadaire*. Montpellier.
- CHAMBRELENT. — Résultats obtenus par la méthode de Lister dans le traitement des affect. puerpérales.
- CHAMPTIER DE RIBES. — *Ann. de Gynécologie*, déc. De l'avortement.
— Leçons sur les hémorragies puerpérales. Paris, 1874.
- CHANTREUIL. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1869.
- CHAPUT. — Deux cas de rétention placent. avec hémorragie et septicémie. Soc. anat. Paris, 10 janv. 1890.
- CHAPUT. — *Soc. anat.*, 10 janvier 1890.
- CHARLES. — Antisepsie à la Maternité Saint-Louis, 1887.
— *Gazette obstétr.* Paris, 1875.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchements. Paris, 1889-90, 2^e édit.
— Curage utérin dans la septicémie puerpérale.
Bull. de l'Acad. de Méd., t. XVII, 12 septembre 1888.
- CHARPENTIER et GALLARD. — *Ann. d'hyg. publ. et méd. légale*, 1877.
— Méc. de l'avort., in *Montpellier médical*.
- CHARTIER. — Trait. de la septic. puerpér. par le curage de l'utérus. *Thèse*, Paris, mars 1889.
- CHAZAN. — *Journal d'Obstétr. et de Gynécologie russe*, 1887.
- CHEATAM. — Rétention du placenta après l'avortement. *The medical Record*, 2 janv. 1886.
- CHENEVIÈRES. — Rétention des fruits morts dans l'utérus. *Ann. de la Suisse Romande*, 15 mai 1886.
- CHIARA. — Antisepsie puerpér. indirecte. *Annali di Ostetric.*, 7 octobre 1883.
- CHURCHILL. — Theory and practice of midwifery, 1866.
- CICCONE. — Dell' aborto infettivo; studio clinico. Gior. intern. de sc. med. Napoli, 1881.
- CLASSON. — Étude sur les polypes placentaires, 1890.
- COHN. — Physiol. und Pathol. des Nachgeburts-Periode. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1886, t. XII.
- COLES. — *Courrier of Medicine Saint-Louis*, 1883.

- CORDES. — Rétention du placenta après l'avortement. *Annal. de Gynécol.*, octobre 1876.
- CORNEILLE SAINT-MARC. — Un cas d'adhérence complète avec enchatonnement du placenta. *Gazette de Gynécol.*, 15 septembre 1888.
- COSENTINO. — *Annali di Ostetr.*, 1883.
- COURTY. — Art. SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES du *Dictionn. Encyclop.*, 1878.
- — — Traité. des malad. des femmes.
- COUCCOU. — Rétention du placenta. *Thèse*, Paris, 1872.
- CURRIER. — Curettage en gynécol. et en obstétr. *Annal. of Gynecol.*, mai 1889.
- CZEMPIN. — Trait. de l'avort. *Berl. clin. Woch.*, nov. 1894.
- DAHLMANN. — Zur Behandlung der Fehlgeburten. *Centralb. für Gynæk.*, 1888, n° 2.
- DAMPSEY. — Abortion; its etiology and treatment. *Dublin med. J.*, 1887.
- DAUCHEZ. — Grossesse gémellaire de quatre mois et demi, avortement, rétention du placenta, suivie de guérison sans aucun accident septicémique. *Bull. Soc. clin. de Paris*, p. 41-44, 1882.
- DAUCHEZ. — *France médic.*, 1881.
- DAVIS. — Principe and practice of obstetric medicine. 1836.
- DE BEAUFORD (A.). — *Bulletin thérep.*, 1879.
- DEFONTAINE. — Débris de placenta resté dans l'utérus à la suite d'une fausse couche, suppuration de la trompe, péritonite. *Progrès méd.*, p. 1017, 1880.
- DELPECH. — L'industrie du caoutchouc souffle, 1863.
- DEMELIN. — Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement du troisième et quatrième mois. *Revue génér. de Clinique*, 30 mai 1889.
- DENMANN. — Introduction to midwifery. Tome II.
- DEPAUL. — Clinique obstétricale, 1872.
- DE SAINT-GERMAIN. — Traitement des fausses couches, 1853.
- DESMOULINS. — *Thèse*, Paris, 1887.

- DESPRÉAUX. — Curettage de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1888.
- DE SYNETY. — Traité pratique de Gynécologie. 1884.
- DEUBEL. — *Thèse*, Strasbourg, t. XLVII.
- DEVILLIERS. — Article Avortement, in *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1866.
- DEWEES. — System of midwifery.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (art. avortement).
- Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*
- DISCUSSION A L'ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE. — Section d'Obstét. et de Gynécol., avril et mai 1885.
- DOHRN. — Ueber der Behandlung der Fehlgeburten. *Volkmann's Sammlung klin. Vort.* n° 42.
- DOLERIS. — A propos du curage post-abortum. *Nouv. Arch. d'obst.*, 1893.
- DOLERIS. — Conduite à tenir dans l'avortement. Curage et écouvillonnage de l'utérus. *Nouv. Archiv. d'Obstétr. et de Gynécol.*, 1886.
- Curage dans le traitement de la métrite puerpérale. *Journ. de méd. de Paris*, 5 août 1888.
- DOMPSEY. — Abortion. Trait and etiology. *Dublin médical*, 1887.
- DUCHAMP. — Curettage de l'utérus. Péritonite. Mort. *Soc. de méd. de Saint-Etienne*, 1887.
- DUGUET. — *Bull. Soc. anatomique*, p. 299, 1866.
- DUHRSEN. — *Archiv. für Gynæk.*, 1887. Zur Pathologie und Therapie der Abortus.
- DUKE (Alex.). — Curettage de l'utérus dans la fièvre puerpérale. *British med. J.*, 15 juin 1889.
- DULAC (L.). — Sur la môle vésiculaire. *Gaz. hebdomadaire de méd. Paris*, 1884.
- DUNCAN. — *Edimb. Med. J.*, 1871.
- DUNCAN (Math.). — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathol. Trad. Budin, 1876.
- DUNLOP. — Traitement consécutif de l'avortement. *The British med. J.*, 28 avril 1888.

DURHSSEN. — Zur pathol. und Therap. des abortus. *Arch. für gyn.*

DYRENFURTH. — *Archiv. für Gynæk.*, Bd XXII, 1883.

EBERHARDT. — Traitement de la rétention des membranes. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVI, 1889.

EBSTEIN. — Rétention du placenta après les fausses couches des cinq premiers mois. *Thèse*, Paris, 1872.

EDIS (Art.). — On the management of the incomplete abortion. *British med. J.*, 1886.

EDIS. — *Revue anglo-américaine*, in Repertoire.

EDISON (W.). — Trait. curat. de l'av. in *Obst. Journal*, n° 31.

EGASSE. — Les nouveaux antiseptiques. *Bullet. Thérap.*, 30 décembre 1888.

EUSTACHE. — Étude sur les lochies. *Archiv. Tocol.*, 1883.

EYERS. — Retention placenta post-abortion. Leiden, 1894.

FABRE. — Utilité des lavages phéniqués intra-utérins. *Thèse*, Montpellier, 1883.

FARR. — Management of abortion. (1° *Americ. J. of Obstetrics*, 1883; 2° *Centralb. für Gyn.*, 1884).

FASSBENDER. — *Monatschrift*, t. XXXIV.

FEHLING. — Ueber der Behandlung der Fehlgeburt. *Archiv. für Gyn.*, XIII, 1878.

— *Centralb. für Gyn.*, 1883.

FELSENREICH et MICULICZ. — Zur kenntniss und chirurg. Behandlung der puerperalen Pyohémie. *Prager Zeitsch. für Heilkunde*, 1881-82).

FELSENREICH. — Die Behandlung der Placenta-Periode. (1° *Wiener Klinik*, 1886, tome I; 2° *Centralb. für Gyn.*, n° 16, 1886).

— Die Auskratzung der Uterus zur Entfernung von Eiresten. *Allgem. Wien. medic. Zeitung*, 1885.

FENOMENOW. — Zur Pathologie der placenta. *Centr. für Gyn.*, XV.

FISCHEL. — Zur Therapie der puerperalen Sepsis. *Archiv. für Gyn.*, XX, 1882.

- FISCHER. — *Journal d'Obstétr. et de Gynécol. russe*, 1887.
— Dissert. inaug. Halle, 1879.
- FONTAINE. — *Thèse*, Paris, 1869-70.
- FOSTER. — Expectans treatment in some cases of abortion. *J. Amer. med. Assoc. Chicago*, 1884.
- FRÆNCKEL. — Ueber Verkalkung der Placenta. *Arch. für Gyn.*, t. II.
- FRAIPONT. — *Revue belge*, in Repertoire.
- FRAYPONT. — Rétention de débris de membranes et de placenta après l'avortement. *Gaz. méd. Liège*, 27 juin 1889.
— *Société médico-chirurg. Liège*, 1887.
- FRENCH. — Adherent placenta retained for years, simulating cancer. *Northwest Lancet St-Paul*, 1882-83.
- FREUND. — Irrigation-Curette und Loeffel. *Centralb. für Gynæk.*
- FRESSEL. — Intra-uterine Retention des abgestorbenen Frucht. *Thèse*, Göttingue, 1881.
- FRITSCH. — Pathol. et traitement des affections puerpérales. Trad. Lauwers et Ortoghe, 1885.
— De la fièvre puerpérale et de son traitement local. *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, 1876.
— Grundzüge der Pathol. und Therapie des Wochenbettes. *Centralb. für Gyn.*, 1883, n° 23.
- FRITSCH. — *Am. J. of Obst.*, 1883.
- FRY. — Électricité substituée à la curette dans le traitement de la rétention des membranes. *Americ. Journ. of Obstet.*, juin 1888.
- GACHÈS-SARRAUT (M^{me}). — Curettage dans la septic. puerpérale. *Nouv. Archiv. d'Obstétr. et de Gyn.*, 1889.
- GALLARD. — *Ann. de gyn.*, 1875-76.
- GALLARD. — De l'avortement. Paris, 1878.
- GARCIN. — Contribution à l'étude du bichlorure de mercure en obstétrique. *Thèse*, Paris, 1887.
- GARIMOND. — Des phénomènes constitutifs de la pathogénie de l'avortement. *Montpellier médical*, t. XVI, XVII, XVIII.

GARIMOND. — Traité de l'avortement. Montpellier, 1873.

— Du placentr adhérent et de son élimination spontanée. *Montp. méd.*, t. XX.

GARRIGUES. — Mixed abortion, sclerosis of placenta. *Americ. J. of Obstetr.*, 1884.

GASTON (Arn.). — Curettage de l'utérus puerp. *Thèse*, Bordeaux, 1892-93.

GAUTIER et CHÉNEVIÈRES. — Rapport sur le service d'accouchements à domicile de Genève. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 octobre 1888.

GEHRUNG. — Contribution to the treatment of puerperal fever. *Saint-Louis Courier med.*, 1887.

GENESTEIX. — Traitement des avortements. *Thèse*, Paris, 1886.

GERBAUD. — Rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. *Thèse d'agrég.*, 1886, Paris.

GEWINNER. — The treatment of the placenta after abortion. *Med. Assoc. Georgie*, Atlanta, 1884.

GEYL. — Paralysie de l'utérus pendant le curage. *Archiv. für Gyn.*, Bd XXXI, 1888.

GIBBONS. — Retained placenta after abortion. *New-York med. Record*, 1886.

GIGLIS. — Lavages intra-utérins dans l'infection puerpérale. *Ann. di Ostetr.*

GOLOOUCHEFF. — Contribution à la question de l'irrigation vaginale continue. *Presse médic. belge*, 1889.

GORET. — De la rétention prolongée de l'arrière-faix après avortement. *Thèse*, Paris, 1893-94.

GRACH. — Fièvre puerpérale au point de vue de son étiologie et de son traitement par les antiseptiques. *Thèse*, Montp., 1885.

GRANDIN. — *American Journal of obst.* Janvier 1896.

GRENSER. — *Monatschrift für Geb.*, t. XXXIII et XXXIV.

GRESLOU. — Rétention du placenta. *Bullet. de la Soc. Obstétr. et Gyn.*, Paris, 10 janvier 1889.

GRIFFITH. — Avortement incomplet. Curage au bout de douze mois. Guérison. *Americ. J. of Obstetr.*, 1886.

- GRISWOLD. — *Independ. Pract. N.-Y.*, 1882.
- GROSKEWITCH. — *Revue russe*, in Repertoire.
- GRUNEWALD. — Ueber intra-uterine Therapie in Puerperium. *Saint-Petersbourg med. Woch.*, 1878.
- GRUSON. — Rétention du placenta après l'avortement. *Thèse*, Paris, 1879.
- GUÉNIOT. — De la délivrance dans l'avortement. *Bull. Thérap.*, t. LXXIII, 1867.
- Des adhérences anormales du placenta. *Gaz. des Hôpitaux*, 1874.
- GUÉRIN (A.). — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme. Paris, 1878.
- GUILLEMOT. — Remarques sur le chatonnement du placenta. *Archives gén. de Médec.*, août 1883.
- GUICHARD. — Contribution à l'étude des injections intra-utérines. *Annal. de Gynécol.*, 1878.
- GUMMING. — Prolongirte und permanente intra-uterine Irrigation bei puerperale, Sepsis. Iéna, 1886.
- GUILLEMEAU. — Œuvres de chirurgie, 1599.
- De la grossesse et accouchements des femmes, 1621.
- GUILLEMOT. — Des avortements périodiques. In *Arch. Gen. de méd.*, 1836.
- GUIDEZ. — Traitement par le curettage de la rétention des membranes et du placenta. Lille, 1893-94.
- HALL (Davis). — *Obstetr. Transactions*, n° 3.
- HAMILTON. — Prolonged retention of the placenta *Med. and Surg. Reporter*, 1882.
- HAMON. — Incarcération post-abordive du délivre à deux mois et demi. *France médic.*, Paris, 1869.
- Treatment of hemorrh. in abortion. *Med. rec. N.-York*, 1879.
- HAMON DU FRESNAY. — Sur un mode de traitement aussi simple que sûr de l'avortement. *Revue médico-chirurg. des maladies des femmes*, 1886.

- HARLEY. *Philadelphia Med. and Surg. Reporter*, 1869.
- HARSHBERGER. — *Tr. M. Soc. Penn. Phil.*, 1884.
- HARTMANN et TOUPET. — Conséquences tardives de la rétention placentaire. *Ann. de Gyn.*, avril 1895.
- HARTUNG. — Zur Behandlung der Abortus. *New-Yorker med. Press.*, 1885-86.
- HAYNES. — Irrigation de l'utérus puerpéral. Emplois et dangers. *Americ. J. of Obstetr.*, fév. 1889.
- HEGAR. — Rétention du placenta. Berlin, 1862.
- HEGAR et KALTENBACH. — Traité de Gynécologie opératoire. Traduit par Bar. Paris, 1885.
- HEMINGWAY. — The immediat treatment of abortion. *Americ. J. of Obstetr.*, 1884.
- HEMMING. — *Scanzoni's Beiträge*, 1873.
- HENNIG. — Krankheiten der Erleiter. 1876.
- Ueber der Anwendung der Kairins. *Centralb. für Gyn.*, 1883.
- HERFF. — Perforation de l'utérus. *Deuts. med. Zeitung*, n° 103, 1886.
- HERVIEUX. — Rétention du placenta dans l'utérus pendant vingt-cinq jours. *Archiv. Tocol.*, 1877.
- Traité des maladies puerp. Paris, 1870.
- HODGE. — A system of obstetrics. 1866.
- HONING. — Expression utérine. *Scanzoni's Beiträge*, tome VII.
- HUNTER. — *Archiv. de Tocol.*, 1885, p. 867.
- IAGO. — *Med. Times*, 1868.
- INGLIS. — Of the need of courage and caution in cleaning the uterine cavity after abortion. *Americ. J. of Obstetr.*, 1884.
- ISHAM. — Treatment of abort by hypod. inject. of morphia in the Americ. J. 1883.
- 1880.
- JACKSON. — Deux cas de mort à la suite de curettage utérin. *Ann. of Gynecology*, avril 1888.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements.
- JACQUET. — Berl. Beiträge z. *Geb. und Gyn.*, t. I.

- JASINSKI. — Injections intra-utérines dans les suites de couches.
Thèse, Paris, avril 1889.
- JASTREBOW. — Zur Lehre von den polypenförmigen Vorragungen
der Placentarstelle. *Centr. für Gyn.*, 1882.
- JEPSON. — *Americ. J. of Obstetr.*, 1883.
- JOURDAN. — De la délivrance incomplète ou retardée. *Thèse*,
Paris, 1872.
- JOULIN. — Traité des accouchements.
- JOHNSON. — *Am. Med. Ass.*, 1880.
- KALTENBACH. — Zur Antisepsis in Geburtsh. *Volkmann's Samml.
klin. Vorträge*, n° 895.
- KASPARIAN. — Traitement de l'avortement. *Zer. Grigor. cent. f.
Gynæk*, 24 octobre 1892.
- KEENE. — Usages et abus des tamponnements. *N.-York. Med.
Journ.*, 25 avril 1886.
- KEHRER. — Klinische Beiträge zur vergl. exper. Geburtskunde.
1876.
- KOMOROWSKI. — Injections intra-utérines dans les suites de cou-
ches. *Thèse*, Paris, 1876.
- KONRAD. — Die Behandlung der Abortus. *Klinik. Wiener*, 1879.
- KRETSCHMER. — Avortement incomplet. Extraction manuelle,
puis curettage. *Soc. obstétr. et gynécol.* Berlin, 13 novembre
1885.
- KUESTNER (O.). — Beiträge zur Lehre von Endometritis. Iéna,
1883.
- KULP. Berl. Beitr. zu *Geb. und Gyn.*, t. I.
- KUSTNER. — Ueber Behandlung des Abort. an *Cent. f. Gyn.*,
1883.
- LABUSQUIÈRE. — Rétention du placenta après avortement. Septi-
cémie. Extraction manuelle. Guérison. *Ann.
de Gynécol.*, 1887, p. 291, tome II.
- Hémorragies secondaires graves par suite de
délivrance incomplète. *Ann. de Gynécol.*,
fév. 1889.
- LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des accouchements.

LACORDELLE. — Rétention prolongée du placenta. *Thèse*, Montpellier, 1884.

LALESQUE. — Des lavages utérins dans l'infection puerpérale. *Archiv. Tocol.*, fév. 1880.

LANG. — Zur Therapie der Puerperalfiebers. *Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte*, 1876.

LANGENBUCH. — Die Drainage des Puerperales Uterus. *Zeitsch. Geb. und Gyn.*, 1878.

LATHAM. — Traitement moderne de l'avortement. *Amer. méd. Bull.*, 1895.

LAZAREWICZ. — Société médicale de Saint-Pétersbourg. In *Kratsch*, 6-18 mars 1886.

LEBLOND. — *Ann. de Gynécol.*, 1875.

LECHEVALLIER. — Essai sur la rétention du placenta. *Thèse*, Paris, 1877.

LECHLER. — Dissert. inaug. Berlin, 1883. *Pathol. und Therapie der Abortus*.

LEE. — Antisepsie obstétricale. *New-Orleans med. and Surg. J.*, janv. 1888.

LEFAURE. — Contribution à l'étude du placenta. *Thèse*, Montpellier, 1878.

LEHMANN. — Diss. inaug. Berlin, 1882.

LEISHMANN. — System of midwifery. 1876.

LEPAGE. — Antisepsie en obstétrique.

LESSONA. — De la délivrance artificielle. Turin, 1887.

LETULLE. — *Soc. de chirurgie*, 1879.

LEVRET. — Art des accouchements. 1766.

— Mém. de l'Acad. de chirurgie. 1778.

LEWY. — Fall von Endometritis Deciduae polyposæ. *Zeitsch. f. Geb.*, 1877.

LOWE. — Puerperal fever. *Edinb. med. J.*, octobre 1882.

LONGYEAR. — Traitement mécanique de l'avortement. *Annal. of Gynecol.*, mars 1888.

LUC (H.) — Septicémie par rétention du placenta, suivie de phlébite et d'infection purulente. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1881.

- LUSK. — The science and art of midwifery. 1883.
- LYMAN. — Abortion, retained placenta, intra-uterine injections.
Boston med. J., 1881.
- MACAN. — Traitement de l'avortement. *Med. News*, 2 août 1884.
- MAC-CLINTOCK. — *Obstetr. J. of Great-Britain*, 1875.
- MACDONALD (Angus). — Traitement de l'avortement. *Edinb. med. J.*, 7 fév. 1880.
- How to prevent septicæmie. *British med. J.*, 7 avr. 1885.
- MACDONALD (Keith Norm.). — Comment prévenir la septicémie dans le cas d'adhérences du placenta? *British med. J.*, 18 avril 1885.
- MACKAY. — Acide phénique dans la fièvre puerpérale. *British med. J.*, 26 octobre 1889.
- MAC-LEAN. — Placenta retenu pendant neuf semaines après un avortement de trois mois et demi. *Americ. J. of Obstetr.*, janvier 1888.
- MAGNIN. — Môle hydatique, expulsion au quatrième mois de la grossesse. *Journ. de méd. et de chir. prat.* Paris, p. 499, 1881.
- MAIER. — *Monatschrift*, t. XXXII.
- MARCHAL. — *Union médicale*, 1881.
- MARTIN (A.) — Leitfaden der geb. Operationem. 1877.
- Traité des maladies des femmes. Trad. Weiss. et Varnier, 1889.
- MARTIN. — Soc. de Gynéc. de Berlin. *Presse méd.*, 1894.
- MARTIN (E.). — *Monatschrift*, Bd XIV, 1859.
- MARTIN SAINT-ANGE. — Iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé en rapport avec l'étiologie de l'avortement. Paris, J.-B. Baillière.
- MARTINEAU. — Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1879.
- MARTINOW. — Société médicale de Saint-Petersbourg. In *Kratsch*, 6-18 mars 1886.
- MASŁOWSKY. — Essai sur les polypes placentaires. *Annales de Gynécot.*, octobre 1880.

- MASSY. — Étude sur les injections intra-utérines. *Thèse*, Bordeaux, 1886.
- MATS. — Zur Therapie des Abortus. Diss. Berlin, 1880.
- MAURICEAU. — Maladies des femmes grosses et des accouchées. 1740.
- MAYGRIER et DEMELIN. — Étude sur l'avortement gemellaire. *Arch. de Toc.*, 1892.
- MAYGRIER. — *J. Obstétrique*, juillet 1897.
- MAZARS. — Des suites de couches et des soins à donner aux nouvelles accouchées. *Thèse*, Paris, 1879.
- MEIGS. — Obstetrics, the Science and the Art. 1863.
- MEJIA. — Tratamento eficaz para evitar la septicemia en los casos de aborto. *Gaz. med. Mejico*, XXI.
- MÉNIÈRE (P.). — Dangers des injections de sublimé à la suite du raclage et de l'amputation du col. *Gazette de Gynéc.*, 1^{er} nov. 1888.
- MESNARD. — Guide des accouchements.
- MILLEN. — Absorption of retained placenta. *Georgia M. Month.*, 1884-85.
- MISRACHI. — Rétention du délivre dans l'avortement. *Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*. 1887.
- MISRASCHI. — Traitement de l'avortement incomplet. *Archiv. de Tocol.*, 1888.
- Contribution à l'étude de la rétention du placenta. *Nouv. Archiv. d'Obstétr. et de Gyn.*, 1887.
- MONTAZ. — Cinq cas de curettage de l'utérus. *Soc. méd. et pharm. de l'Isère*, 28 juin 1889.
- MONTGOMERY. — The preventive and curative treatment, etc. *Saint-Louis med. and surgic. J.*, 1872.
- MORE-MADDEN (Thomas). — Traitement de la fièvre puerpérale. *Congrès de Washington*, 1887.
- MOSES. — Considérations sur l'étiologie, la symptomatologie, le traitement de l'avortement. *Dissert. inaug.*, Breslau, 1884.
- MUNDÉ. — Articles divers in *Am. J. Obst.*, 1892, p. 903 et p. 142, 1883.

- MUNDÉ. — Abortion with adherent placenta. *N.-Y. M. J.*, 1892.
— Petite chirurgie gynécologique.
— *Centralb. für Gynækol.*, 1878.
- MURRAY. — Calcareous degeneration of placenta. *Tr. Obs. Lond.*, 1883.
- NÆGELÉ et GRENSER. — Traité d'accouchements. Trad. Stoltz.
- NOEGGERATH. — *Gaz. méd.*, 1861.
- NEGRI. — Antisepsie obstétricale. *Ann. di Ostetr.*, sept. et oct. 1885.
- NEVILLE. — The treatment of abortion. *Dublin med. Journ.*, 1884.
- NETZEL. — *Nord. med. Ark. Stockholm*, 1885.
- NITOT. — Sur le curage de l'utérus après l'avortement. *Journ. de méd. de Paris*, 1888.
- NOBLE. — Rétension de fragments placentaires après le travail. *Annals of Gynecol.*, juillet 1889.
- NYOFF. — Contribution au traitement artificiel de l'avortement. *Nederlandisch Tijdsch. van Verloskunde*, 1^{re} année, n° 2.
— Traitement de l'avortement. *Nederlandisch Tijdsch. van Geneesk.*, n° 7, 1888.
- OLSHAUSEN. — *Berlin. klinisch. Wochens.*, 1871.
— Congrès de Berlin, 1878.
- OSIANDER. — Ursachen und Hülfauzagen, etc.
- OTT (Von). — Bactériologie des lochies. *Archiv. für Gynæk.*, Bd XXXIII.
- OUI. — Curettage utérin dans les complic. de la rétention placentaire. *Ann. gyn.*, février 1895.
- OZENNE. — Avortement provoqué. Curage. Guérison. *Journ. méd. de Paris*, 1^{er} juillet 1889.
- PAJOT. — *Archiv. Tocol.*, 28 fév. 1886.
— *Gaz. des Hôpitaux*, 9 et 18 fév. 1886.
— Clinique de la Faculté. *Annal. de Gyn.*, nov. 1886.
— *Soc. Obstétr. et Gynécol.* Paris, 8 juill. 1886. Discussion.

- PAMARONI. — A quel moment doit-on intervenir dans le cas de non-délivrance? *Thèse*, Paris, 1876.
- PARVIN. — La créoline dans les accouchements et la gynécologie. *Occidental medical Times*, oct. 1880.
- PARISH. — Traitement de la délivrance avant le septième mois. *New-York med. J.*, 7 juillet 1889.
— *Americ J. of Obstetr.*, avril 1888.
- PASHKEWICH. — Rétention du placenta. *Med. Obozr.*, 1885.
- PICK. — De l'emploi de la cuiller tranchante en obstétrique. *Deutsche med. Wochensch.*, 1883.
- PIERRON. — Conduite à tenir dans le cas de rétention du délivre après avortement. *Thèse*, Montpellier, 1888.
- PILLIET. — Communication à la *Société anat.* — 1891, avril, p. 236. Communication à la *Société de Biologie*, avril 1893.
- PINARD et VARNIER. — Irrigation continue comme traitement de l'infection puerpérale. *Annales Gynéol.*, décembre 1885-janvier 1886.
- PINARD. — De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité. *Médecine moderne*, 1890.
- PINARD. — Leçons inédites de cliniques, 1890.
- PIPERS. — Compte rendu annuel de l'Assistance pour les pauvres, 1881.
- PLAYFAIR. — Traité d'accouchements. Trad. Vermeil, 1873.
— *London Obstetr. Transactions*, 1879.
- PLONIES. — De l'emploi de la cuiller tranchante dans l'endométrite puerpérale. *Centralb. für Gyn.*, janv. 1884.
- POLLAK. — Prophylaxie et traitement de l'avortement. *Med. journ.*, 18 février 1893.
- PORAK. — Raclage utérin dans les suites de couches. *J. de Méd. de Paris*, 22 septembre 1889.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- PRIESTLEY. — *Société Obsétr.* Londres, 1^{er} mai 1861.
- PROCHOWNICK. — De l'emploi de la curette tranchante en gynécologie et en obstétrique. *Volkman's Samml. klin. Woch.*, 1883.

- PUECH. — *Presse médicale*, 4 août 1894. Rétention prolongée de placenta et des membranes après avortement.
- PUZOS. — *Traité des accouchements*.
- QUANTIN. — Dangers des injections de sublimé. *Nouv. Archiv. d'Obst. et de Gyn.*, 1888.
- QUINQUAND. — Puerpérisme infectieux. *Thèse*, Agrég. Paris, 1872.
- RABENAU. — *Berliner klin. Wochenschr.*, 1884.
- RAMBAUD. — Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. *Thèse*, Paris, 1883.
- RAMBAUD. — De la rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. *Thèse*, 1883.
- RAMBAUD. — Avortement, rétention du placenta, hémorragies abondantes, transfusion du sang, mort. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1881.
- RAMSBOTHAM. — *Obstetric., Medecine and Surgery*, 1867.
- REIHLEN. — Traitement de la rétention placentaire. *Arch. f. gynœk.*, XXX, 1888.
- RÉMY. — Quelques considérations sur la rétention placentaire. *Archiv. Tocol.*, octobre 1889.
- RENAUD. — Accidents qui peuvent compliquer la délivrance. *Thèse*, Paris, 1875.
- RENDU (Johanny). — Utilité des lavages intra-utérins. *Thèse*, Paris, 1879.
- RIBEMONT et LEPAGE. — Précis d'obstétriq. Paris, 1894 et 2^e édition 1896.
- RODENSTEIN. — Intra-utérine injections. *New-York med. J.*, 1886.
- RODET (P.). — Du grattage de l'utérus pour l'enlèvement des fragments de l'œuf retenus dans la cavité utérine. *Archiv. Tocol.*, 1885.
- ROQUEPLO. — Traitement de la rétention du placenta post-abortif par les injections intra-utérines à 45° et 50°. *Thèse*, Lyon, 1891-92.
- ROUYER. — *Thèse*, Paris, 1858.

- RUNGE. — Traitement de la septicémie puerpérale. *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, 1886.
- SÆXINGER. — Prager Vierteljahrschrift, t. XCVIII, 1868.
- SAINT-GERMAIN. — Traité des fausses couches, 1865.
- SANGER (Warren). — Traité de l'avortement. *Ann. de Gynéc.*, 1885.
- SATWICH (G.-R.). — Treatment of abortion at the fourth or fifth month. *Americ. journal of obstetric.*, sept. 1886.
- SCANZONI. — Geburtshülfe, 1865.
- SCHWAB. — *Journ. Obstetrique*, mai 1897.
- *In Médecine moderne*, 3 janvier 1897.
- SCHEDE. — Ueber die Drainage der Uterus. *Berliner klin. Wochens.*, 1877.
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. française, Paris, 1886.
- *Scanzoni's Beiträge*, Bd VII.
- SCHULTZE. — Congrès des médecins allemands. Berlin, septembre 1886.
- SCHWARZ. — Traitement de l'avortement. *Volkmann's Sammlung*, 1884.
- SCHWENKE. — Ueber Chorion Retention. *Centr. f. Gyn.*, 1882.
- SIMPSON. — Mémoire à la Soc. Obstétr. d'Édimbourg, 8 mars 1876; puis Discussion.
- SIREDEY. — Les maladies puerpérales. Paris, 1884.
- SLAVJANSKY. — *Centralblatt für Gyn.*, 1887.
- SMELLIE. — *An. de Machestock*, t. I, p. 168.
- SMITH. — Infection from retained placenta. *Treatment Ohio M. Rec.* 1868.
- SOLLER. — Avortement de trois mois. Rétention placentaire. Lavages intra-ut. phéniqués. Guérison. *Lyon médical*, 1882.
- SOURDET. Avortements spontanés et provoqués. Leurs complications. *Thèse*, Paris, 1876.
- SOUTWICK. — Traitement de l'avortement aux quatrième et cinquième mois avec rétention du placenta. *Americ. J. of Obstetr.*, septembre 1885.

- SOYRE (DE). — *Archiv. Tocol.*, 1875.
- SPIEGELBERG. — Lehrbuch de Geburt, 1876.
- SPOENDLY. — Erinnerungen aus der Obstetrischen Praxis, 1876.
- STEVENS. — Usage interne du sublimé dans les septicémies puerpérales et autres. *The J. of the Americ. Assoc.*, mai 1888.
- STOLTZ. — De la délivrance. *Thèse*, agrégat. Paris, 1834.
— Art. PUERPÉRALITÉ, in *Dict. Med. et Chir. prat.*
- SULLIVAN. — Treatment of abortion. *Boston med. and surg. J.*, 1885.
- SWAYND. — Remarks on adhesion of the placenta. *Brit. Med. J.*, 1875.
- TALBOT. — Puerperal septicemia and constant irrigation of uterus. *New-York med. Record*, 12 janv. 1884.
- TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchements, 2^e vol. 1886.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements.
- TARNIER. — Leçon inédite, 1890.
— Asepsie et antisept. en obstétriq. Paris, 1893.
- TARTARIN (E.) — Deux cas de môles hydatiques. *Journ. de méd. et chir. prat.*,
- TERRILLON. — Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, 1889.
- THOMAS. — The causes and treatment of abortion. *New-York med. J.*, 1884.
- TINTELIN. — Avortement aux cinquième et sixième mois au point de vue de la délivrance.
- TORRÈS MENDIOLA. — Contribution à l'étude de la rétention du placenta. *Thèse*, Paris, 1886.
- TOURNAY. — Mécanisme de la délivrance et intervention du praticien dans cette période de l'accouchement. Bruxelles, 1888.
- TOUVENAIN. — *Méd. moderne*, 20 mars 1893.
- TRIAIRE. — Note pratique sur l'avortement. *Archiv. Tocol.*, 1877-78.
— *Archiv. Tocol.*, 1876.
- TROW. — Conception while the uterus contained a placenta. *Med. Rev. N.-Y.*, 1885.

TURAZZA. — Sulle varie maniere di comportarsi della placenta in seguito all' aborto. *Gazz. di Ostetricia*, Milano, 1884.

TYLER SMITH. — *Lecturs of Obstetrics*, 1858.

UMINSKY. — Avortement sanglant et non sanglant. *Thèse*, Paris, 1883.

VARNIER. — Infection puerpérale. Moyens de la prévenir et de la combattre. *Revue prat. d'Obstétr. et d'Hyg. de l'enfance*, fév. 1889.

VARNIER. — *Petite Revue*.

VAURELL (Antonio). — *Annal. di Ostet.*, 1884.

VEIT (J.). — Die Therapie der Verkalkung von Eirestung nach Fehlgeburten. *Zeitch. für Geb.*, 1877.

— *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, 1885.

— *Berliner klin. Wochens.*, 1879.

VERRIER. — Note clinique sur le môle vésiculaire, à propos d'une môle en voie de formation expulsée au cinquième mois. *Gaz. hebdom. méd.*, p. 809, 1883.

VERRIER. — Extraction manuelle du placenta. *Gaz. Obstétr.*, 5 juin 1875.

— Enchatonnement avec adhérences anormales. Septicémie. Guérison par les injections intra-utérines. *Bull. Acad. de Médecine*, octobre 1888.

VIGNON. — Rétention placentaire. *Soc. méd. Reims*, 7 février 1877.

VINCENT (E.). Injections intra-utérines au sublimé, chaudes dans les retards et les accidents des suites de couches. *Lyon médical*, 1888, p. 492.

VON SWERINGEN. — *Obst. Gaz. Cincinnati*, 1883.

VULLIET. — Curage de la cavité utérine. *Journ. de Med. de Paris*, 21 août 1887.

WARMAN. — Traitement des fausses couches. *Gaz. lek.*, 1894.

WARNER. — *Revue anglo-américaine*, in Repert.

— The Management of abortion. *Med. age Detroit*, 1885.

WARREN. — Incomplete abortion in twin pregnancy. *Americ. J. of Obstetr.*, 1887.

COLOMBY. — *Revue de gynécologie*, 1886.

- WATHEN. — Traitement des membranes dans l'avortement et l'accouchement. *Associat. med. Americ. Chicago*, 1885; puis Discussion.
- WEBER. — *Berliner klinis. Wochens.*, octobre et novembre 1875.
- WEIKBECKER-STERNEFELD (Von). — Cuiller tranchante en obstétrique. *Archiv. für Gyn.*, t. XX, 1882.
- WILLIAMS. — Case of adherent placenta. *Tr. Obst. Lond.*, 1883.
- WILSON. — Etiol. et trait. de l'avort. *Med. News*, nov. 94.
- WINCKEL. — Patholog. und Therap. des Wochenbettes. Berlin, 1878.
- WISARD. — Intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. *Thèse*, Paris, 1888.
- WOLCZINSKI. — Ueber Auswachsung der Placenta und der Eihäute *Centr. f. Gyn.*, 1882.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Hommage de l'auteur.	5
PRÉFACE.	7
AVANT-PROPOS	11

CHAPITRE PREMIER

DE L'AVORTEMENT

Etiologie. — Modes. — Mécanisme. — Conséquences.	13
--	----

CHAPITRE II

DE LA RÉTENTION

Modes. — Evolution. — Accidents.	25
--	----

CHAPITRE III

COMPLICATION DE LA RÉTENTION

Hémorragie. — Septicémie.	41
-----------------------------------	----

CHAPITRE IV

DU TRAITEMENT DE LA RÉTENTION

Historique.	75
---------------------	----

CHAPITRE V

MÉTHODE D'EXPECTATION

Exposé. — Technique.	102
Méthode d'expectation.	103
§ Ier. — Du tamponnement.	109
§ II. — Des injections vaginales.	118

	Pages.
§ III. — Des injections intra-utérines.	123
§ IV. — De l'irrigation continue.	131
§ V. — Du drainage de l'utérus.	138

CHAPITRE VI

MÉTHODE D'INTERVENTION

Exposé. — Technique.	141
§ Ier. — Médicaments ecboliques.	143
Ergot de seigle.	144
§ II. — Expression utérine.	151
§ III. — Tamponnement.	154
§ IV. — Injections chaudes.	155
§ V. — Extraction du délivre.	156
§ VI. — Dilatation du col.	158
§ VII. — Curage digital.	161
§ VIII. — Curettage.	169
§ IX. — Extraction instrumentale.	179
§ X. — Ecouvillonnage.	181

CHAPITRE VII

CONSIDÉRATIONS ET CONCLUSIONS.	194
RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS.	218
BIBLIOGRAPHIE.	220



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.